

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 4 mars 1892, à 1 heure.

Par GASTON BARBIER

Né à Rumont (Meuse), le 10 mars 1867.

Ancien externe des hôpitaux de Paris et de la Maternité de Tenon.

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

DE LA PÉRINÉORRHAPHIE

PRATiquÉE IMMÉDIATEMENT APRÈS LA DÉLIVRANCE

DANS TOUS LES CAS DE DÉCHIRURES VAGINO-PÉRINÉALES

Président : M. PINARD, professeur

Juges : MM. BAILLON, professeur

SEGOND
BLANCHARD } *agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 4 mars 1892, à 1 heure.

Par GASTON BARBIER

Né à Rumont (Meuse), le 10 mars 1867.

Ancien externe des hôpitaux de Paris et de la Maternité de Tenon.

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

DE LA PÉRINÉORRHAPHIE

PRATiquÉE IMMÉDIATEMENT APRÈS LA DÉLIVRANCE

DANS TOUS LES CAS DE DÉCHIRURES VAGINO-PÉRINÉALES

Président : M. PINARD, professeur

Juges : MM. BAILLON, professeur

SEGOND

BLANCHARD } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUX.
Pharmacologie.....	N.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	REYNIER.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESSAIGNE.
BLANCHARD.	GLEY.	NETTER.	RICARD.
BRISAUD.	HANOT.	POIRIER, Chef des tra-	ROBIN (Albert).
BRUN.	HUTINEL.	vaux anatomiques.	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	POUCHET.	SECOND.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	QUENU.	TUFFIER.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MARIE.	RETTERER.	WEISS.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS GRANDS-PARENTS

A MON VÉNÉRÉ PÈRE LE D^r R. BARBIER

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE, A MA SOEUR

A MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. LE D^r CHAMPETIER DE RIBES

ACCOUCHEUR A L'HOPITAL TENON

M. LE D^r BLUM

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

M. LE D^r MOIZARD

MÉDECIN DE L'HOPITAL TROUSSEAU
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DE LA PÉRINÉORRHAPHIE

PRATiquÉE IMMÉDIATEMENT APRÈS LA DÉLIVRANCE

DANS TOUS LES CAS DE DÉCHIRURES VAGINO-PÉRINÉALES

AVANT-PROPOS

L'idée première de ce travail nous a été suggérée par Monsieur le Docteur Champetier de Ribes.

Maintes fois, pendant le cours de l'année que nous avons passée, en qualité d'externe, dans son service à la Maternité de l'hôpital Tenon, nous avons eu l'occasion de le voir pratiquer la périnéorrhaphie, immédiatement ou très peu de temps après la délivrance. Les résultats obtenus sous sa main, nous ont fixé sur le choix de notre thèse.

A Monsieur Champetier de Ribes, le premier, en revient donc le mérite ; aussi est-ce avec empressement que nous saisissons l'occasion qui s'offre à nous, de lui témoigner notre vive gratitude, tant pour ses doctes conseils, que pour la bienveillante sympathie, dont il n'a cessé de nous donner des preuves, depuis le jour où nous avons eu l'honneur d'être son élève.

Monsieur le Professeur Pinard, aussi, a droit à toute

notre reconnaissance, et pour les nombreux documents qu'il a mis à notre disposition, avec tant de libéralité, et pour le grand honneur qu'il nous fait, en acceptant de présider cette thèse.

Nous garderons le meilleur souvenir de Monsieur le Docteur Blum, qui fut toujours pour nous un maître dévoué (Externat 1889), et nous n'oublierons pas avec quel désintéressement, en une circonstance critique, il mit à notre profit ses grandes connaissances chirurgicales, et sa sûreté de diagnostic.

L'accueil bienveillant que nous a fait Monsieur le Docteur Moizard pendant notre dernière année d'externat (Tenon 1891), le zèle avec lequel il s'est efforcé de nous inculquer ses connaissances médicales si essentiellement pratiques, l'ont à jamais rendu cher à notre mémoire.

INTRODUCTION

Le but que nous nous proposons, en mettant la main à ce travail, n'est pas d'indiquer un nouveau mode de traitement des déchirures du périnée.

Il y a longtemps déjà que, pour la première fois, la périnéorrhaphie a été pratiquée immédiatement après la délivrance, et par des procédés peu différents de celui que nous avons l'intention de décrire.

Notre ambition est infiniment plus modeste.

Ce que nous voulons tâcher d'établir, d'après les idées de nos maîtres : MM. Pinard et Champetier de Ribes, et nous serons au comble de nos vœux, si nous y parvenons, c'est l'importance de la généralisation de cette méthode, c'est ce fait : Que toutes les déchirures du périnée, quelque faible d'ailleurs qu'en soit l'étendue, au sein d'un tissu mortifié, distendu, congestionné, par suite du passage du fœtus, sans cesse exposées à toutes sortes de souillures : matières fécales, écoulements vaginaux, constituent un milieu éminemment favorable à l'absorption et au développement des germes infectieux ; Que c'est une porte d'entrée qu'il faut clore à tout prix et dans le plus bref délai, et que la périnéorrhaphie pratiquée immédiatement après la délivrance, pour toutes les variétés de déchirures, est le plus sûr moyen d'y parvenir.

A. — Donner un aperçu des causes, de la fréquence, et des variétés de déchirures du périnée.

B. — Faire connaître tous les dangers immédiats et médiats auxquels elles exposent la femme.

C. — Indiquer et discuter la supériorité du traitement de ces déchirures par : « La périnéorrhaphie immédiate et appliquée à tous les cas », sur tous les autres modes de traitement.

D. — Décrire la manière d'opérer, qui, d'après les résultats obtenus, nous semble la plus avantageuse :

Tel est le plan que nous adopterons.

A. — Des déchirures du périnée, leurs causes, leurs variétés, leur fréquence.

Après avoir traversé successivement le détroit supérieur, l'excavation, le détroit inférieur du bassin osseux, les diverses parties du fœtus ont encore, avant d'arriver au dehors, à franchir l'extrémité du conduit vagino-vulvaire. Pour que ce conduit puisse se dilater, au point de donner passage au fœtus, il faut, de la part du périnée, une distension énorme : que pour un motif quelconque cette ampliation soit insuffisante, il se produira des déchirures, qui pourront intéresser partiellement ou dans toute son étendue le plancher périnéal et occuper une partie plus ou moins considérable de la paroi vaginale.

CAUSES DES DÉCHIRURES. — De prime abord il semble évident, qu'abstraction faite des dimensions et de la résistance du canal vagino-vulvaire, le nombre et l'étendue des déchirures périnéales doivent être en rapport direct avec le volume des parties fœtales. Assurément on ne saurait méconnaître l'importance des dimensions du fœtus dans la production des déchirures du périnée ; il n'en est pas moins vrai que souvent on observe de grandes lésions produites par le passage d'une tête de diamètres relativement faibles. Bien plus, d'après des statistiques publiées par Fasbender (1), Liebman (2), Hecker (3), les déchirures du

(1) FASBENDER, Ueber Verletzung und Schutz des dammes, *Zeitsch. für Geburts und Frauenk.* II Band, I Heft, p. 43.

(2) LIEBMAN, Klinisch Beobachtungen über damm Rupturen, *Zeits. für Geburts und Gynak.* I and 2, Heft.

(3) HECKER, cité dans l'auteur précédent.

périnée seraient plus fréquentes dans les cas où les diamètres de la tête fœtale sont inférieurs à la moyenne. Ce fait, en apparence contradictoire, ne peut guère s'expliquer que par la rapidité de l'expulsion de la tête, qui, eu égard à sa petitesse, traverse très vite l'excavation et est pour ainsi dire projetée au dehors, avant que les parties molles n'aient eu le temps de se distendre : la rapidité du travail, et c'est dire : l'énergie des contractions utérines, l'ampleur du bassin, les dimensions modérées du fœtus : voilà donc encore un facteur qui joue un rôle important dans la production des déchirures du périnée. Sur 149 cas de déchirures, relatés à la Maternité de Tenon, 47 fois le travail avait à peine duré 4 heures. Les versions, les applications de forceps, nous laissons de côté bien entendu les blessures directement produites par les branches de l'instrument, n'agissent pas d'une façon différente : elles hâtent l'accouchement, et par suite le plancher périnéal, n'ayant pas acquis sa complète extensibilité, court des risques d'être rompu.

Il faut tenir compte aussi de la façon dont la tête fœtale traverse les parties molles. Quand la tête, arrivée à la vulve, se dégage normalement par ses diamètres sous-occipitaux, il y a le moins de danger possible pour le périnée, car les plus grands diamètres de la tête correspondent aux plus grands diamètres de l'orifice qu'elle a à franchir. Dans tous les autres cas : insuffisance de rotation, présentations de la face, occipito-postérieures, il n'en est plus de même ; d'où la fréquence des déchirures.

Certaines anomalies du bassin : symphyse trop élevée, sacrum insuffisamment concave, inclinaison trop faible du pelvis, peuvent jouer un rôle important : elles ont pour

effet de repousser la tête vers le périnée postérieur, et de lui faire ainsi supporter une plus grande pression.

Signalons en dernier lieu l'influence des dimensions et de la résistance variables du périnée, chez les différentes femmes : l'étroitesse congénitale de la vulve, les cicatrices antérieures, la primiparité sont autant de causes prédisposant aux déchirures. Les primipares, surtout les primipares âgées (Hecker) (1), présentent des lésions périnéales beaucoup plus fréquentes que les multipares : sur 149 cas de déchirures, relevés à Tenon, 113 appartenaient à des primipares.

Avant de passer en revue les diverses variétés de déchirures dont il peut être le siège, il nous semble utile de dire quelques mots de la structure du périnée.

Le périnée (2) est une cloison musculo-aponévrotique, épaisse et résistante, qui ferme le détroit inférieur. Il est percé de trois orifices : en avant, l'extrémité de l'urèthre ; en arrière, l'orifice anal ; à sa partie moyenne, l'extrémité du conduit vagino-vulvaire.

Ce canal, que franchit en dernier lieu le fœtus, peut être comparé pour sa forme à un double cône tronqué, dont les deux sommets, opposés l'un à l'autre, viendraient s'aboucher au niveau de l'anneau hyménéal.

La vulve, qui forme le cône inférieur, présente de dehors en dedans :

1° Les grandes lèvres, deux replis verticaux qui se recourbent supérieurement pour se confondre avec le pénil,

(1) HECKER, *loco citato*.

(2) PAJOT, *Traité d'accouchements*.

et viennent en bas, par une courbe analogue, expirer sur le périnée.

Ces deux lèvres, du moins chez la nullipare, sont souvent en contact par leur surface interne et masquent les autres parties de la vulve.

2° En dedans : les petites lèvres, replis cutanés, analogues et parallèles aux grandes lèvres, mais beaucoup plus minces qu'elles.

Placées verticalement le long de l'orifice vaginal, elles se divisent supérieurement pour entourer le clitoris, et inférieurement s'amincissent et se réunissent au niveau d'un petit repli transversal appelé la « fourchette », pour constituer avec elle ce qu'on a désigné sous le nom d'anneau vulvaire.

Entre la vulve et le vagin, l'hymen se présente sous la forme d'une bride circulaire dont la partie interne est sillonnée de nombreuses déchirures, résultant du coït, mais dont le bord adhérent reste intact jusqu'au premier accouchement.

Le vagin, qui constitue le cône supérieur, très élargi en arrière, va en se rétrécissant à mesure qu'il se rapproche de l'hymen. Vu par sa face interne (Ardoïn) (1), il paraît formé de deux colonnes, une antérieure, l'autre postérieure, adossées par leur convexité. Deux bords latéraux, également un peu convexes en dedans, réunissent ces colonnes l'une à l'autre.

Extérieurement, ce conduit présente des rapports importants au point de vue qui nous occupe : dans sa partie supérieure, il s'adosse en avant à la vessie, à l'urèthre et à la

(1) ARDOIN, Th. Paris, 1889.

face postérieure du pubis ; en arrière, il est accolé par un tissu peu résistant, à la face antérieure du rectum et du cul-de-sac recto-vaginal.

Inférieurement le vagin est entouré par deux muscles : le constricteur du vagin, qui ne paraît jouer qu'un rôle négligeable dans la production des déchirures ; et surtout par les faisceaux du releveur de l'anus. Ce muscle releveur de l'anus représente la partie fondamentale du périnée. M. Varnier (1) en a donné une description complète sous le nom de releveur coccy-périnéal : « Véritable diaphragme pelvien, il forme une espèce d'entonnoir, dont la partie large s'attache à l'orifice inférieur de l'excavation, et dont le plan rase en avant le dessous de la symphyse, en arrière la pointe du sacrum, sur les côtés, le bord inférieur des épines sciatiques.

De chaque côté, sur la ligne intérieure étendue de l'épine sciatique à la base du pubis, des faisceaux musculaires s'insèrent, qui se portent en arrière et en bas vers le bord du coccyx, la pointe du coccyx et le raphé périnéal pré-coccygien ou ano-coccygien ».

Il a de plus montré le rôle que jouent, lors de l'accouchement, les faisceaux de ce muscle, qui, s'entrecroisant autour de la partie inférieure du vagin, forment une sorte de bride qui offre parfois une grande résistance au passage du fœtus, et sont souvent le point de départ des déchirures du périnée.

DÉCHIRURES DU PÉRINÉE. — Les lésions, qui accompagnent si fréquemment le passage du fœtus à travers ce que MM. Farabeuf et Varnier appellent le *détroit inférieur*

(1) VARNIER, Th. Paris, 1888.

musculaire du bassin obstétrical, peuvent ou bien occuper les parties antéro-latérales de la vulve, ou bien siéger en arrière : ces dernières portent plus particulièrement le nom de déchirures du périnée. Quel qu'en soit d'ailleurs le siège, très souvent ces lésions se continuent avec des déchirures de l'extrémité inférieure de la paroi vaginale, qui elles-mêmes peuvent exister isolément.

Dans le premier cas, ce sont les petites lèvres qui sont le plus souvent intéressées ; généralement la déchirure commence au niveau de l'anneau hyménéal, et de là peut se diriger dans toutes les directions, de préférence du côté du clitoris, qui lui-même est parfois atteint. Tantôt ce sont de simples éraillures, dans d'autres cas la petite lèvre est complètement divisée ; la grande lèvre elle-même peut être plus ou moins intéressée. Ces plaies s'accompagnent parfois de véritables hémorrhagies, dues aux lésions soit du clitoris, soit de veines variqueuses.

Les déchirures que l'on rencontre du côté de la partie postérieure, les déchirures du périnée proprement dites, sont de beaucoup les plus fréquentes et les plus importantes. On peut dire qu'en règle générale, elles empiètent toutes plus ou moins sur le vagin, à droite ou plus souvent à gauche de la colonne postérieure. Ces plaies peuvent siéger sur la ligne médiane, ou latéralement ; souvent elles se dirigent obliquement en dehors et en arrière du raphé ; elles peuvent d'ailleurs être multiples et présenter une étendue et une profondeur variables. A ce dernier point de vue, dans presque tous les traités d'accouchements on les distingue en quatre catégories :

1° Déchirures de la fourchette ;

2° Déchirures incomplètes ;

3° Déchirures complètes ;

4° Déchirures centrales.

Au point de vue de l'intervention, nous distinguerons trois variétés de déchirures, à chacune desquelles, nous le verrons plus tard, correspond un manuel opératoire distinct.

1° *Déchirures de la fourchette.* — N'intéressant que le repli cutanéomuqueux qui la constitue.

2° *Déchirures moyennes.* — Intéressant le plancher périnéal, dans une étendue plus ou moins grande, sans toutefois arriver jusqu'au canal de l'anus.

3° *Déchirures complètes.* — Occupant tous les tissus compris entre le vagin et les parois du canal de l'anus, inclusivement, voire même la cloison recto-vaginale, sur une hauteur plus ou moins grande ; transformant en un mot l'anus et le vagin en un véritable cloaque.

Les déchirures centrales, d'ailleurs fort rares, rentrent, au point de vue opératoire, dans cette catégorie ; pour les opérer, on commence par sectionner les ponts de tissus qui relient encore les deux lambeaux de la plaie : on les transforme ainsi en déchirures complètes et on les traite comme telles.

FRÉQUENCE DES DÉCHIRURES DU PÉRINÉE. — Pour ce qui est de la fréquence des déchirures du périnée, on ne doit guère compter, pour s'en faire une idée exacte, sur les nombreuses statistiques, publiées à ce sujet il y a quelques années déjà : à cette époque en effet, où les grandes lésions étaient seules réparées, la plupart des déchirures légères passaient inaperçues. Nous donnerons seulement le

relevé des déchirures observées à la Maternité de l'hôpital Tenon, pendant le courant des années 1890 et 1891.

Dans le cours de ces deux années, il s'est fait à cette Maternité 1137 accouchements.

On a relevé 149 cas de déchirures du périnée, ce qui fait environ une déchirure pour huit accouchements ; 71 seulement ont été suturées, les autres très légères n'ayant exigé que l'emploi de quelques serrefines.

B. — Accidents auxquels peuvent donner naissance les déchirures du périnée.

Des divers accidents, auxquels peuvent donner lieu les déchirures du périnée, le premier en date d'apparition est l'hémorrhagie.

Dans la grande majorité des cas, cette hémorrhagie est insignifiante et cesse d'elle-même. Toutefois lorsque les déchirures occupent les parties antéro-latérales de la vulve, il n'est pas rare de voir, à la suite de lésions, soit du tissu érectile clitoridien, soit des veines variqueuses si fréquentes en cette région chez les parturientes, il n'est pas rare de voir se produire un écoulement sanguin abondant. Dans les déchirures complètes, les veines hémorroïdales intéressées occasionnent presque toujours une perte de sang notable.

Il est une autre complication, à laquelle donnent aussi parfois naissance ces plaies de la partie antérieure de la vulve : nous voulons parler de la difficulté, ou même de l'impossibilité de la miction.

Dans certains cas, cette dysurie tient à des lésions de l'urèthre ; plus souvent elle se produit, par voie réflexe, à la suite de plaies avoisinant le méat, qui lui reste intact. En général cette gêne de la miction n'est pas de longue durée, il suffit de pratiquer le cathétérisme pendant un ou deux jours, pour la voir disparaître.

Les accidents que nous venons de mentionner, consti-

tuent ce que l'on peut désigner sous le nom de complications immédiates des déchirures vagino-périnéales : ils se manifestent en effet immédiatement ou fort peu de temps après l'expulsion du fœtus.

Il en est d'autres, ayant le même point de départ, qui autrefois venaient trop souvent compliquer les suites de couches, et qu'aujourd'hui on s'efforce de conjurer par la pratique de l'antisepsie : nous avons nommé les accidents infectieux.

Nous insisterons d'une façon toute particulière sur ces accidents, car ils constituent la base de notre thèse, le point de départ de toutes nos conclusions.

L'infection peut se manifester sous la forme d'une inflammation purement locale et donner lieu à un phlegmon, à un abcès : tel le cas de MM. Tarnier et Bailly (1), dans lequel, à la suite d'une déchirure siégeant sous l'arcade pubienne, on vit un phlegmon se former au-dessus du pubis.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi, et il n'est pas très rare de voir des femmes, nouvellement accouchées, présenter des accidents septiques : frissons, fièvre, malaise général, dont le point de départ a été une légère déchirure périnéale passée inaperçue. « Chaque fois, nous répétait fréquemment M. Champetier de Ribes, pendant l'année que nous avons passée dans son service, chaque fois que, chez une femme accouchée et délivrée dans de bonnes conditions, vous verrez apparaître de la fièvre, examinez scrupuleusement la vulve et le périnée, très souvent vous trouverez une ulcération, une petite plaie de vilaine apparence, origine de cette hyperthermie ; soignez cette

(1) BUDIN, Th. agrégation, p. 40.

plaie et la fièvre disparaîtra ». Maintes fois nous avons eu l'occasion de constater ce fait.

Ces plaies vulvaires se recouvrent fréquemment d'un enduit terne, grisâtre, offrant une grande ressemblance avec les fausses membranes de la diphtérie. M. Vidal (1), qui a étudié avec soin ces exsudats, a constaté que ce sont de véritables foyers microbiens, où pullulent les « streptococcus pyogenes », microbes de l'infection puerpérale commune.

Sans se prononcer, sur le fait de savoir si ces plaques d'apparence diphtéritique peuvent être le point de départ de l'infection puerpérale proprement dite, il n'en est pas moins vrai qu'il leur fait jouer un rôle important dans la pathogénie de certains accidents puerpéraux qui s'en rapprochent.

Voici comment il s'exprime à cet égard : « Il faut se souvenir que le périnée, la vulve, le vagin, contusionnés ou déchirés pendant l'accouchement, peuvent aussi servir de porte d'entrée : les suppurations, les ulcères qui siègent à leur niveau, en sont témoins ».

Daerderlein, (2) au congrès de gynécologie de Munich en 1888, a soutenu que les plaies vulvo-périnéales peuvent être et sont souvent le point de départ, l'origine de la fièvre puerpérale. Quoi qu'il en soit, il est un fait que nous sommes obligé de constater, et que nul aujourd'hui ne saurait nier, c'est que ces plaies de la vulve et du périnée, exposées à toutes sortes de contaminations, à une époque où,

(1) VIDAL, Th. Paris, 1888.

(2) DAERLEIN, *Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig*. Sitzung vom 16 januar 1888.

comme l'a si bien dit M. le professeur Pajot, le phénomène dominant chez la femme est l'intensité de la résorption, que ces plaies peuvent fréquemment devenir, chez les nouvelles accouchées, le point de départ d'accidents infectieux graves.

On conçoit sans peine l'importance que peut avoir, pour le choix du traitement, la connaissance de ces accidents septiques, dont les déchirures vagino-périnéales sont l'origine ; on se rend facilement compte du devoir qui incombe à l'accoucheur, de supprimer au plus vite toutes ces surfaces, même les moins étendues, qui sont une porte ouverte aux inoculations.

Plus tard, lorsque la période puerpérale est passée, la femme reste encore exposée à des accidents, dont la gravité est en rapport avec la profondeur et l'étendue des lésions périnéales. Lorsque ces lésions n'intéressent que la fourchette, les petites lèvres, le clitoris, elles n'offrent pas en général de grands inconvénients : tout au plus des cicatrices disgracieuses. On a toutefois signalé des cas de vaginisme, dont le point de départ aurait été une déchirure produite au moment de l'accouchement.

Il en est tout autrement quand les lésions ont intéressé profondément le plancher périnéal. Ardoïn (1) a énuméré longuement les accidents qui peuvent alors se produire. « Dans le cas où la déchirure a porté sur le releveur de l'anus, le plancher périnéal, privé de son soutien naturel, perd sa souplesse et sa résistance, et ne remplit plus son rôle que d'une façon très imparfaite. L'orifice vulvaire reste toujours plus ou moins entr'ouvert. La cicatrisation vi-

(1) ARDOIN, Th. Paris, 1888.

cieuse ne tarde pas à rendre cet état définitif. On voit en effet la colonne vaginale postérieure s'unir, non pas au sommet de la fourchette, mais bien au fond de la plaie dont les lèvres cicatrisent isolément (Freund) (1). Au bout d'un certain temps, les colonnes du vagin font saillie hors de la vulve ; il se produit un véritable prolapsus de la muqueuse. Celle-ci entraîne avec elle, d'une part le rectum, de l'autre la vessie qui lui sont accolés et on a la rectocèle et la cystocèle.

Mais ce n'est là encore que la première phase des accidents. L'utérus, entraîné par son poids, attiré par la muqueuse vaginale, ayant d'autre part perdu son soutien naturel, qui est le périnée, et surtout le releveur de l'anus, s'abaisse dans le conduit et peut même dans certains cas dépasser l'anneau vulvaire ; il peut également changer de direction, basculer en arrière, se rétrofléchir.

C'est ce que l'on observe surtout lorsque le muscle est déchiré jusque dans sa partie postérieure.

Ces modifications physiques entraînent à leur suite des troubles fonctionnels d'une grande importance : ce sont des douleurs, des tiraillements, des sensations de pesanteur dans le bas-ventre, accusés par toutes les malades.

D'autre part l'anneau vaginal étant toujours plus ou moins béant, il en résulte une facilité d'infection, qui maintient un état inflammatoire pour ainsi dire constant. Du vagin l'irritation s'étend jusqu'à l'utérus, d'où les métrites persistantes, comme la cause qui les a produites ».

(1) FREUND, *Die Verletzungen der Scheide und des dammes.*

Dans le cas de déchirures complètes, à ces accidents que nous venons de passer en revue, s'en ajoutent d'autres, plus graves, encore qui peuvent influer non seulement sur la santé, mais aussi sur l'état moral de la malade.

Roux (1) en a donné un tableau saisissant :

« Les bords de la plaie se cicatrisent isolément, le périnée a complètement disparu, la vulve et l'anus ne forment plus qu'une seule et même voie, une fente unique, un sinus profond à bords ou droits ou irrégulièrement ondulés, revêtus par un tissu muqueux ; et pour peu que la division s'étende à la cloison recto-vaginale, la partie inférieure du rectum et celle du vagin forment un véritable cloaque. La condition d'une femme en cet état est véritablement déplorable, car il ne s'agit pas seulement ici de la perte d'une partie des charmes physiques, il s'y joint une incommodité aussi affreuse que le serait un anus contre nature. Le sphincter de l'anus étant déchiré, rien ne s'oppose à l'issue des gaz intestinaux parvenus dans le rectum, et à la sortie ou continuelle, ou du moins trop souvent répétée et presque involontaire des matières fécales. Sans doute, celles-ci peuvent séjourner quelque temps encore dans le rectum, quand elles ont une certaine consistance ; mais si elles sont molles, le besoin de les rendre se produit, vif et pressant à chaque instant, et si elles sont encore à un état plus liquide, elles s'échappent involontairement et souillent toutes les parties voisines ».

D'après ce qui précède, la nécessité d'intervenir immé-

(1) Roux, *Quarante ans de pratique chirurgicale*.

diatement, de traiter sans retard toutes les déchirures vaginalo-périnéales, en un mot la périnéorrhaphie immédiate, paraît donc s'imposer dans tous les cas. Nous allons, en donnant quelques mots d'historique sur ce sujet, exposer et discuter les objections, que les adversaires de moins en moins nombreux de ce mode de traitement, lui opposent.

C. — De la périnéorrhaphie. Quand et dans quels cas faut-il la pratiquer ?

Jusqu'au commencement de ce siècle, on ne trouve guère que quelques observations éparses de périnéorrhaphie, sans indications bien précises, ni sur le mode opératoire employé, ni sur les résultats obtenus.

Dès 1649 cependant, un chirurgien français, Jacques Guillemeau, le premier décrivait et pratiquait avec succès l'opération de la périnéorrhaphie (1).

Ce n'est toutefois que depuis les travaux de Dieffenbach de Berlin (1829) et de Roux (1832), que la périnéorrhaphie entre dans le domaine des opérations courantes.

A cette époque aussi commence le grand procès, qui, de nos jours, semble bien près d'être tranché : A quel moment faut-il pratiquer la périnéorrhaphie ? Dans quel cas faut-il la pratiquer ? Dieffenbach (2) conseille d'intervenir immédiatement après la délivrance : cela, dit-il, évite la déformation des parties par la cicatrice, la formation de tissu inodulaire amenant la rigidité des tissus et par conséquent une prédisposition plus grande pour les déchirures ultérieures, enfin rend inutile l'avivement des lèvres de la plaie, avivement qui plus tard serait indispensable.

Roux (3), dans un savant travail, conseille au contraire

(1) Observation relatée par VERNEUIL dans les nos 24 et 29 de la *Gazette hebdomadaire* de 1862.

(2) DIEFFENBACH, *La chirurgie opératoire*, traduction PHILIPPS, 1840.

(3) ROUX, *Quarante ans de pratique chirurgicale*.

l'expectation. Voici ses paroles textuelles : « Ce n'est pas alors que la solution de continuité vient d'être faite qu'il est opportun d'agir. Cela est vrai, du moins, pour le plus grand nombre des cas et notamment pour ceux dans lesquels la déchirure complète du périnée est le résultat d'un accouchement laborieux. Naguère, en effet, les parties rompues ont subi la plus grande violence ; elles ont été soumises à une distension extraordinaire ; bientôt un gonflement considérable va s'en emparer. Il faudrait peu de chose, pour qu'elles éprouvassent une inflammation des plus vives et pour que cette inflammation prit un fâcheux caractère. Bientôt aussi, elles seront inondées par l'écoulement des lochies, et l'on aurait sans doute bien plus de peine, que dans toute autre circonstance, à tenir les bords de la plaie dans une exacte coaptation et à faire qu'ils ne fussent pas humectés par les liquides, qui doivent couler si abondamment du vagin. Serait-il prudent d'ailleurs de soumettre à une opération longue et douloureuse une femme nouvellement accouchée, un être devenu momentanément si nerveux, si impressionnable ? Non-assurément, mieux vaut temporiser et remettre les tentatives de guérison à l'époque où la santé de la femme est rétablie, où les bords de la solution de continuité sont revêtus d'une cicatrice, où toutes les parties circonvoisines sont rentrées dans leur état naturel ».

Verneuil, Trélat, Polaillon pensent de même (1).

a) Irrégularité des parties déchirées, qu'il est impossible de coapter exactement, et qui, mal irriguées, risquent de devenir des parties vouées au sphacèle et pouvant donner

(1) VERNEUIL, TRÉLAT, POLAILLON, *Soc. chirurgie*, séance 5 avril 1874.

lieu à des inflammations ou à des accidents septiques.

b) Ecoulement des lochies sur la plaie, dont le moindre inconvénient est de s'infiltrer à travers les sutures et de désunir les tissus en voie de réunion.

c) Influence de l'état puerpéral qui serait une mauvaise condition de réparation des tissus et pourrait donner lieu, dans de certains cas, à des complications septiques graves.

d) Faiblesse de la femme après l'accouchement.

e) Possibilité de la restauration spontanée du périnée, laquelle, d'après Sédillot, Cazeaux, Charpentier (1), ne serait pas rare, à la condition « de réunir les jambes de la malade, à l'aide d'une serviette liée au-dessus des genoux et assez serrée, pour empêcher l'écartement des cuisses : telles sont, dans leur ensemble, les objections que les adversaires de l'intervention immédiate lui ont opposées.

Aujourd'hui, bon nombre de chirurgiens, surtout de chirurgiens allemands : Schröder, Bröse (2).... et, on peut dire, la totalité des accoucheurs, ont une opinion tout opposée à celle des auteurs précédemment cités ; ils sont d'avis qu'on doit pratiquer la périnéorrhaphie *immédiatement* après la délivrance et par ce mot *immédiatement* ils entendent et nous entendrons dans le cours de ce travail les quelques heures, 12 au plus, qui suivent l'accouchement.

Luizy (1), dans sa thèse de doctorat a combattu avec succès les arguments énumérés ci-dessus contre l'intervention immédiate et a démontré combien ces arguments ont perdu de leur valeur depuis la découverte de l'antisepsie.

(1) SÉDILLOT, CAZEAUX, CHARPENTIER, *Traité d'accouchements*.

(2) BRÖSE, Die fort laufende Katgutnaht. Zur Vereinigung der scheiden darisse. *Centralblatt für Gynæk.*

(3) LUIZY, Th. Paris, 1883.

Pour ce qui est de l'irrégularité des parties, rien n'est plus simple que d'exciser aux ciseaux courbes tous les lambeaux, qui se détachent de la surface de la plaie : nous reviendrons plus loin sur l'importance de cette précaution, lorsque nous décrirons l'opération de la périnéorrhaphie. Dans certains cas, il est vrai, les tissus sont tellement mortifiés, que si on voulait ne laisser que des parties absolument saines, on serait tenu de faire des sacrifices tels, qu'il ne serait plus possible de réunir les lèvres de la plaie : ce n'est pas là encore un motif pour reculer devant l'opération, car on se fait difficilement une idée de la vitalité prodigieuse des tissus de cette région, à cette époque où la circulation est elle-même beaucoup plus active qu'en dehors de l'état puerpéral. Qu'on se hâte d'intervenir et qu'on ne donne pas aux chairs insuffisamment irriguées, le temps de perdre complètement leur vitalité, et on sera tout surpris de voir ces tissus meurtris, rapprochés par des sutures, reprendre vie et se réunir d'une façon merveilleuse.

Quant à l'influence des lochies sur la plaie suturée, elle est absolument négligeable.

Outre ce fait, bien démontré aujourd'hui, que les lochies ne contiennent pas de pus (Dolérís) (1), ou tout au moins qu'elles n'en contiennent pas, pendant les trois ou quatre jours qui suivent l'accouchement (Luizy) (2), tout porte à croire que les lèvres de la déchirure, rendues absolument aseptiques, affrontées dans toute leur étendue, protégées par un pansement antiseptique, sont au bout de quelques

(1) DOLÉRIS, Les lochies et les organismes inférieurs. *Mémoires des Archives de toxicologie*, 1883.

(2) LUIZY, *loco citato*.

heures suffisamment cimentées, pour ne donner passage à aucun corps étranger, fût-il même liquide.

Pendant longtemps, l'état puerpéral a été considéré comme une contre-indication absolue à toute intervention : la fréquence des accidents septiques, de la fièvre puerpérale, ne donnait que trop de fondement à cette opinion. Aujourd'hui, la question est jugée, on sait fort bien que, grâce aux ressources d'une antisepsie rigoureuse, on peut se livrer sur la femme en couches aux diverses opérations que peut nécessiter son état, sans avoir à redouter l'infection.

La faiblesse de la femme après l'accouchement, pas plus d'ailleurs que l'état puerpéral, ne saurait être une contre-indication à la périnéorrhaphie immédiate. Quelle influence peuvent avoir sur la santé de la nouvelle accouchée, quelques piqûres d'aiguilles, ne donnant lieu à aucune perte de sang appréciable et pratiquées à une époque où la sensibilité est, sinon abolie, du moins fortement émoussée ?

Il ne nous reste plus qu'à répondre à une objection, dont nous avons déjà parlé, et qu'aujourd'hui encore quelques chirurgiens opposent à l'intervention immédiate : puisque, dans un certain nombre de cas, la nature intervient d'elle-même pour réunir les bords des déchirures périnéales, pourquoi ne pas attendre, se réservant, pour plus tard, de réparer ce que la nature aura refusé de faire spontanément ?

Cet argument est facile à réfuter.

Et d'abord, s'il est vrai qu'assez souvent les plaies périnéales de peu d'importance se réunissent d'elles-mêmes, en est-il toujours de même lorsqu'il s'agit de grandes déchirures. Dubois, Depaul, Boyer, Barnes (1) ne le pensent pas

(1) BOYER, *Traité des maladies chirurgicales* ; BARNES, *Opérations obstétricales*.

et considèrent au contraire la réunion spontanée, comme exceptionnelle dans ces cas.

En supposant même que cette réunion puisse s'effectuer, il n'y aurait lieu encore d'en tirer aucune conclusion, car la restauration du périnée, qui se produit dans ces conditions, n'est trop souvent qu'apparente : elle porte sur les téguments, non pas sur le muscle, dont les lambeaux dis-joints se rétractent et s'atrophient, laissant ainsi un périnée, qui n'offre plus aux organes du petit bassin qu'un semblant d'appui.

Nous avons eu l'an dernier, dans le service de M. le D^r Moizard, à Tenon, l'occasion de pratiquer le toucher vaginal et rectal, chez une femme Sch..., salle Rayer, présentant un type de rétroversion utérine ; nous fûmes frappé du peu de résistance et de l'épaisseur, pour ainsi dire nulle, de son périnée. Interrogée sur les débuts de son affection, cette femme nous apprit que quatre ans auparavant, elle était accouchée pour la première fois et en quelques heures, d'un enfant vivant, peu volumineux, que tout s'était bien passé, à cela près qu'elle s'était fait, au dire de la sage-femme, une petite déchirure aux parties génitales, déchirure pour laquelle elle lui avait lié les jambes et fait garder le lit pendant près d'un mois.

Nous examinâmes le périnée ; il présentait une longueur à peu près normale ; mais à gauche de la ligne médiane existait une cicatrice irrégulière, allant de la fourchette jusqu'aux abords du sphincter anal. Le toucher, pratiqué une seconde fois, nous permit de percevoir, de chaque côté de ce périnée sans épaisseur, deux bourrelets allongés, durs, qui à coup sûr étaient des vestiges du releveur de

l'anus, déchiré au moment de l'accouchement. Les téguments s'étaient rejoints par les fibres musculaires ; le périnée avait perdu sa résistance, d'où la rétroversion dont se plaignait cette femme et dont les débuts remontaient à sa première grossesse.

Enfin comme le dit fort justement M. Doléris (1) : « Puisque cette réunion spontanée est possible, pas absolument sûre cependant, pourquoi ne pas l'aider, pour l'assurer dans tous les cas, en consolidant les parties et en supprimant les obstacles qui s'opposent à cette coaptation ». Puisque nous avons admis qu'avec une antisepsie rigoureuse, on n'a pas à redouter d'accidents septiques, que risque-t-on d'intervenir ? Ce qui peut arriver de plus fâcheux, c'est l'insuccès ; or avec les progrès de la chirurgie ces insuccès sont devenus tellement rares, qu'il n'est plus permis de les prétexter pour ne pas intervenir immédiatement, et de priver ainsi une femme des grands bénéfices qu'elle pourrait retirer d'une opération qui, faite dans de bonnes conditions, ne présente aucun danger.

Lorsque nous aurons rappelé tous les avantages de la périnéorrhaphie immédiate : inutilité de l'avivement des lèvres de la plaie, qui n'est certes pas la partie la moins douloureuse de l'opération tardive ; anesthésie partielle de la région après l'accouchement, et, plus que tout, suppression d'une porte d'entrée si favorable à l'absorption des germes infectieux, nous aurons suffisamment démontré ce fait : que chaque fois que l'on aura à intervenir dans un cas de déchirure du périnée, il faudra le faire immédiate-

(1) DOLÉRIS, *loco citato*.

ment ou tout au moins dans les quelques heures qui suivront la délivrance.

Reste ce dernier point : Dans quels cas devra-t-on intervenir ?

A l'époque, pas très éloignée encore, où la moindre intervention chez les nouvelles accouchées était considérée comme une chose très périlleuse, à cause des dangers d'infection et de fièvre puerpérale qu'on leur faisait courir, la périnéorrhaphie ne se pratiquait guère que dans le cas de vastes déchirures, pour obvier aux conséquences fâcheuses auxquelles donnait lieu l'insuffisance de soutien, offert par un périnée délabré, aux organes contenus dans le petit bassin. Encore le plus souvent ne se risquait-on à opérer qu'en dehors de l'état puerpéral.

Aujourd'hui, grâce aux progrès de l'antisepsie, ce ne sont plus seulement les accidents lointains des déchirures périnéales qu'on s'efforce de conjurer, ce sont, et ceux-là avant tout, les accidents primitifs, les accidents infectieux.

Nous connaissons bien l'importance de ces accidents, et nous savons avec quelle facilité, étendues ou non, les plaies du périnée, au sein d'un tissu extrêmement riche en lymphatiques, exposées à toutes sortes de souillures, peuvent en être le point de départ. Ce ne sont donc pas seulement les grandes déchirures, mais les moindres fissures, les plus petites plaies, qu'il faudra fermer et dans le plus bref délai.

On pourra objecter, que dans le cas de déchirures légères, des pansements antiseptiques répétés suffiront à empêcher les inoculations : c'est ce qui se passera en effet presque toujours, il n'en est pas moins vrai qu'on laissera une

plaie ouverte, qui, à l'occasion de la moindre infraction, toujours possible à l'antisepsie, pourra donner lieu à des accidents infectieux. Le meilleur moyen d'empêcher les germes de pénétrer dans l'organisme, c'est de leur en clore la porte d'entrée.

Nous sommes allé demander leur avis à ce sujet à plusieurs accoucheurs des hôpitaux ; voici les renseignements qu'ils ont eu l'amabilité de nous communiquer et qu'ils nous ont autorisé à publier : nous leur en sommes profondément reconnaissant.

Ces renseignements, comme nous allons voir, viennent complètement à l'appui de l'opinion que nous avons émise :

M. le professeur Tarnier : M. le professeur Tarnier est actuellement d'avis qu'il est très avantageux de suturer, dès le début, toutes les déchirures vagino-périnéales, d'en rechercher la réunion par première intention.

Bon nombre de fois déjà depuis quelques années, il a mis en pratique cette méthode, presque toujours avec succès, dans des cas de déchirures incomplètes ; il n'a jamais eu l'occasion de la pratiquer pour des déchirures complètes, mais il n'hésiterait pas à le faire au cas échéant.

M. le professeur Pinard : Dans tous les cas de déchirures du périnée, quelle qu'en soit d'ailleurs l'étendue, la conduite à tenir est celle-ci : pratiquer la périnéorrhaphie aussitôt après la délivrance (dans les quelques heures qui suivent l'accouchement). Si les téguments seuls sont intéressés, quelques serrefines suffisent à fermer la plaie.

M. Champetier de Ribes (accoucheur de l'hôpital Tenon). M. Champetier de Ribes est également d'avis, qu'il est de la plus haute importance de supprimer toutes les plaies de

la vulve et du périnée, qui sont une porte ouverte à l'infection. Selon lui la périnéorrhaphie doit être pratiquée au plus tard dans les huit heures qui suivent l'accouchement. Pour pratiquer ces sutures, il donne la préférence au catgut, qui, préparé comme il sera dit plus loin, est absolument aseptique et bien assimilable ; les crins de Florence sont seulement utilisés comme fils de soutien.

Il emploie comme mode de suture la suture en surjet simple ou à plans superposés.

M. Ribemont-Dessaignes (accoucheur de l'hôpital Beaujon). *M. Ribemont-Dessaignes* est aussi partisan de l'intervention immédiate : si les lésions sont presque insignifiantes, on affrontera les lèvres de la plaie à l'aide de quelques serrefines ; pour peu qu'elles soient importantes, on suturera.

Ces sutures seront pratiquées avec des fils d'argent, disposés sur un seul plan, s'il s'agit de déchirures peu importantes ; sur deux ou trois plans et avec des fils de divers calibres, si les plaies sont profondes.

M. Bar (accoucheur de l'hôpital St-Louis), applique la périnéorrhaphie immédiate à toutes les variétés de déchirures du périnée, sauf dans le cas de grandes meurtrissures des tissus, où il craint le sphacèle des parties ayant perdu presque toute leur vitalité.

Il rejette absolument l'emploi des serrefines qui, dit-il, ne tiennent presque jamais et sont toujours plus ou moins douloureuses.

Il ne se sert guère que de crins de Florence, les catguts de bonne qualité étant trop difficiles à obtenir.

Il ne nous reste plus qu'à décrire dans tous ses détails l'opération de la périnéorrhaphie.

Nous ne parlerons pas des nombreux procédés opératoires, imaginés depuis Guillemeau, Roux, Dieffenbach, le plus souvent pour le traitement de déchirures complètes, et presque toujours pour des restaurations tardives du périnée.

Nous nous guiderons dans cet exposé sur la façon dont nous avons vu maintes fois procéder M. Champetier de Ribes. Cette manière de procéder, qui d'ailleurs ne diffère pas, quant au fond, de celle de la majorité des accoucheurs, nous a frappé par la simplicité de son exécution, autant que par les bons résultats qu'elle donne : c'est la seule que nous décrirons.

D. — Manuel opératoire.

1° FILS EMPLOYÉS POUR PRATIQUER LA PÉRINÉORRHAPHIE. — M. Champetier de Ribes emploie pour suturer, les crins de Florence et les fils au catgut.

Ces fils, ceux au catgut tout au moins, tels qu'on les donne tout préparés dans les hôpitaux, conservés dans l'huile phéniquée, présentent parfois de graves inconvénients.

Nous en avons eu, dans le service de M. Champetier, qui étaient complètement résorbés le quatrième ou le cinquième jour ; or si à ce moment les tissus n'étaient encore qu'incomplètement réunis, la déchirure pouvait se reproduire : ce qui est d'ailleurs arrivé dans plusieurs cas, comme nous le mentionnons dans deux de nos observations (obs. IV et obs. VII).

Un autre inconvénient plus sérieux, qu'ont présenté également à la Maternité de l'hôpital Tenon, plusieurs flacons de ces fils au catgut, conservés dans l'huile phéniquée, consistait dans leur manque d'asepsie.

Quatre ou cinq femmes, dans d'excellentes conditions d'ailleurs, furent successivement suturées avec les mêmes catguts ; toutes, malgré les plus grandes précautions antiseptiques, présentèrent des phénomènes fébriles. On chercha vainement la cause de ces accidents, jusqu'au jour où l'on changea de catguts.

A partir de ce moment, toutes les opérées guérissent

comme à plaisir, sans présenter la moindre hyperthermie.

Pour parer à tous ces inconvénients, pour opérer en toute sécurité, M. Champetier de Ribes n'emploie que des fils qu'il fait préparer dans son service. Voici le procédé qu'on y met en usage :

Pour ce qui est des fils au catgut (Procédé de Mikulicz) (1).

« 1° On les dégraisse en les lavant avec un tampon imbibé d'éther.

« 2° On les fait macérer pendant 48 heures, dans de la glycérine phéniquée à $\frac{40}{100}$.

« 3° Puis on les place pendant 5 heures dans une solution d'acide chromique à un pour deux cent : $\frac{1}{200}$.

« 4° Enfin on les conserve dans l'alcool absolu.

Comme en les sortant de l'alcool ces fils sont un peu durs, un peu friables, on les plonge pendant quelques instants, avant de s'en servir, dans de la liqueur de Van Swieten pure : cette simple précaution suffit à leur rendre toute leur souplesse. Ainsi préparés, les fils au catgut présentent toutes les garanties désirables de solidité et d'asepsie ; ils ne sont guère résorbés que le 9^e ou le 10^e jour, ce qui en général est très suffisant.

Quant aux crins de Florence, on les fait bouillir pendant 2 heures dans de l'eau boriquée à $\frac{40}{1000}$ et on les conserve dans de l'eau phéniquée au $\frac{1}{20}$. On les emploie ensuite directement.

Le volume de ces fils n'est pas sans importance. Ils ne

(1) THOMSON (de Dorpat), Experimentelle Untersuchungen über die Gebrauchlichstehenden nah material bei intra-peritonealen Operationen : *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 24.

doivent pas être trop volumineux, et d'autre part on ne doit pas les prendre fins, au point de pouvoir se casser en les liant, ou de pouvoir couper les tissus. Dans la grande majorité des cas, on se sert des fils au catgut n° 1, qui ne présentent aucun de ces inconvénients.

Bon nombre d'accoucheurs : MM. Tarnier, Pinard, Ribemont..., comme nous l'avons dit, emploient soit exclusivement, soit seulement comme fils de soutien, les fils d'argent.

Un des meilleurs procédés pour les avoir toujours aseptiques, consiste à les chauffer à 120° dans l'étuve et à les conserver dans l'alcool rectifié (Pozzi) (1).

2° SOINS PRÉLIMINAIRES. — Les fils préparés ainsi que les instruments, et nous verrons tout à l'heure ceux qui sont nécessaires, la femme est placée sur la table d'opération, ou, à défaut, en travers de son lit, dans le décubitus dorsal, le dos bien horizontal.

Les cuisses écartées sont maintenues à demi-fléchies sur le bassin, et les jambes fléchies sur les cuisses, par deux aides, placés l'un à droite, l'autre à gauche de la malade. Quant à l'opérateur, il se place assis, en face de la femme dont il va suturer le périnée.

La vessie est préalablement vidée au moyen du cathétérisme. On n'a pas à s'occuper du rectum, qui a été débarrassé des matières qu'il pouvait contenir, par un lavement donné avant que la femme n'accouche. Inutile de dire que si l'on avait affaire à une déchirure complète, le canal de l'anus devrait être soumis aux mêmes mesures antiseptiques que les autres parties du champ opératoire.

(1) Pozzi, *Traité de gynécologie*, page 30.

On pratique alors une bonne injection vaginale avec une solution de bichlorure de mercure au $\frac{1}{4000}$, ou suivant M. le professeur Pinard, avec une solution de biodure au $\frac{1}{4000}$, et on fait la toilette du périnée.

Dans ce but on le savonne dans toute son étendue, y compris la vulve et le vagin. Les parties au niveau et à proximité desquelles doit porter l'opération, sont soigneusement rasées : le tout lavé avec de la liqueur de Van Svieten. Afin d'empêcher les lochies de venir souiller la plaie pendant l'opération, on introduit à l'entrée du vagin un tampon d'ouate hydrophile, imbibé de la même solution que précédemment.

Les abords du champ opératoire et aussi la face interne des cuisses, sont recouverts de deux compresses, trempées dans un liquide antiseptique : ces compresses ont pour but, et de protéger la plaie, et de garantir les extrémités des fils à ligatures, laissés flottants.

3^e ANESTHÉSIE. — C'est une question assez délicate, en clientèle surtout, que celle de savoir si, oui ou non, on doit anesthésier sa malade.

Parler de chloroforme à la famille, c'est laisser entrevoir une grave intervention, laquelle n'est pas toujours acceptée volontiers et qui, cependant, est indispensable.

D'autre part, opérer à l'état de veille une femme qui a des lésions périnéales importantes, c'est s'exposer à la voir jeter les hauts cris, et faire des mouvements intempestifs, qui, s'ils ne compromettent pas le résultat de l'opération, tout au moins rendent l'intervention beaucoup plus pénible.

Pozzi (1) recommande l'anesthésie locale à l'aide de la cocaïne, laquelle, dit-il, réussit très bien dans la majorité des cas.

Il conseille de ne pas dépasser en injections hypodermiques, la dose de un centimètre cube de la solution au $\frac{1}{20}$, et de faire ces injections très superficielles.

Il emploie, au niveau des muqueuses, des badigeonnages répétés, avec la solution au $\frac{1}{10}$.

D'après Voelfler (2) une demi-seringue de Pravaz de la solution de chlorhydrate de cocaïne au $\frac{1}{20}$, suffirait pour obtenir, au bout de deux à trois minutes, une anesthésie pouvant durer de vingt à trente minutes. La zone anesthésique ainsi obtenue, s'étendrait sur une surface de deux à trois centimètres carrés, et au pourtour existerait une seconde zone demi-anesthésiée, d'égale étendue.

Plusieurs fois, pendant le cours de l'année 1891, on expérimenta à la Maternité de l'hôpital Tenon l'action anesthésique de la cocaïne, dans le cas de sutures du périnée. Voici exactement la façon dont on y procéda et les doses qui furent employées :

A la fois 1° injection pratiquée, quatre ou cinq minutes avant l'opération, en 2 ou 3 points de la plaie à réunir, en tout d'un centimètre cube de la solution de chlorhydrate de cocaïne au $\frac{1}{20}$, et 2° badigeonnages, plusieurs fois répétés, de la surface de la plaie et de la muqueuse où l'on avait à pratiquer les sutures, avec une solution au même titre que précédemment.

(1) POZZI, *Traité de gynécologie*.

(2) VÖELFLER, Ueber die anasthesirende Wirkung der Subcutanen Injectionen, *Wiener med. Wochenschr.* n° 50, 1885.

Voici d'autre part les résultats obtenus : sur neuf femmes traitées de la sorte, dans des cas de déchirure moyenne, quatre déclarèrent n'avoir presque pas souffert ; deux supportèrent assez bien l'opération ; les trois autres parurent ne retirer aucun profit de l'emploi de la cocaïne.

De ces quelques observations, pas assez nombreuses, toutefois, pour qu'on puisse se prononcer d'une façon absolue, il semble résulter que la cocaïne est un anesthésique qui, dans certains cas, peut donner d'excellents résultats, mais dont l'effet est incertain.

Aussi, jusqu'à ce qu'on ait de plus amples renseignements à ce sujet, si l'on a affaire à des déchirures peu importantes, il nous semble qu'on aura tout avantage à profiter de l'anesthésie partielle, parfois presque complète des tissus du périnée après l'accouchement, et à laisser de côté les anesthésiques.

S'il s'agit de plaies plus étendues, on pourra employer la cocaïne, qui souvent donnera des résultats.

Pour peu qu'on ait affaire à des délabrements considérables et à plus forte raison à des déchirures complètes du périnée, on n'hésitera pas à employer le chloroforme.

4° INSTRUMENTS. — Pour pratiquer les sutures, on pourra se servir indifféremment de l'aiguille courbe de Reverdin, ou des simples aiguilles courbes, qu'on dirige avec le porte-aiguille.

L'opérateur devra de plus avoir sous la main des pinces à disséquer, des ciseaux droits et courbes, des pinces à forcipressure, une sonde cannelée, des écarteurs.

Tous ces instruments flambés au préalable seront placés,

non pas dans le sublimé qui les détériore, mais dans l'acide phénique au $\frac{1}{20}$.

5° MANIÈRE DE PRATIQUER LES SUTURES. — Avant de réunir les lèvres de la déchirure, il est urgent de ne pas oublier un point sur lequel M. Champetier de Ribes insiste d'une façon toute particulière, une précaution à laquelle il attache la plus grande importance. Elle consiste à ne laisser dans la place qu'on va suturer aucun tissu qui ne soit sain. Pour atteindre ce but, il fait arroser la plaie assez longuement avec un filet de liquide antiseptique ; tous les débris de tissus, tous les lambeaux flottants sont soigneusement ébarbés. Ce n'est que lorsque la plaie est bien détergée dans toute son étendue, de tous les tissus dépourvus de vitalité, qu'on devra commencer les sutures. Ces sutures, répétons-le, si l'on veut avoir les plus grandes chances possibles de succès, devront être pratiquées sitôt après la délivrance, ou tout au moins dans les quelques heures qui suivront l'accouchement.

Pour ne pas être incommodé par l'écoulement du sang ou des lochies, l'accoucheur pourra, à son gré, faire irriguer la plaie, pendant toute la durée de l'opération, au moyen d'un filet continu de liquide antiseptique, ou bien la faire éponger de temps à autre, avec des tampons d'ouate hydrophile, imbibés de ce même liquide antiseptique.

Depuis le commencement de l'année 1890, M. le Dr Champetier de Ribes a adopté exclusivement comme mode de suture, la suture continue au catgut (suture en surjet), simple ou étages superposés, suivant la profondeur plus ou moins grande des lésions périnéales.

La première application méthodique de ce genre de su-

ture en gynécologie, paraît avoir été faite par Brœse (1) en 1883. Sur 26 cas de déchirures périnéales incomplètes qu'il a traitées par la suture continue à plans superposés, il n'a eu que deux insuccès et un demi-succès ; il n'avait pas encore, au moment de sa publication, l'occasion d'appliquer ce procédé à une déchirure complète, mais il ne doutait pas qu'il ne fût préférable, dans ce cas aussi, à tout autre mode de suture.

A partir de cette époque (1883-1884) la suture continue fut adoptée par presque tous les chirurgiens de Berlin. Schröder (2) en obtint de très beaux résultats, qu'il publia en juin 1885 à la Société de gynécologie de Berlin (24 malades guéries après une seule opération, 1 après deux opérations).

Cette même année, M. Doléris (3) fit paraître un article intéressant « sur la suture continue en surjet, avec des fils de catgut résorbable, pour la périnéorrhaphie immédiate ». Il montra combien la suture en surjet est avantageuse pour amener l'affrontement progressif, facile, égal et complet des plaies très profondes ou très larges, qui à priori paraissaient devoir demander pour leur réunion un très grand effort. En effet la multiplication des points de suture diminue d'autant la force de traction supportée par chacun d'eux ; de plus comme on procède toujours de la profondeur à la superficie, on ne fait rien qu'on ne voie, et il est facile de ne pas laisser de parties béantes et d'assurer la réunion intégrale.

(1) BRÆSE, Die Fortlaufende Katgutnaht zur Vercinigung der Scheidendamrisse (*Centralb. für Gynæk.* 1883).

(2) SCHRÖDER, Gesellschaft f. Geb. und Gyn. zu Berlin, 13 juin 1885 (*Centr. für Gyn.* 1885).

(3) *Archives de tocologie*, 1885.

En mettant en contact aussi parfait que possible les parties correspondantes des tissus, la suture en surjet est de plus un excellent moyen d'hémostase.

Nous allons décrire l'application de cette méthode au traitement des diverses variétés de déchirures du périnée.

A. — Périnéorrhaphie pratiquée dans le cas de rupture de la fourchette. — Le repli cutané-muqueux qui constitue la fourchette étant seul intéressé, ou tout au plus avec lui quelques-unes des fibres les plus superficielles du muscle sous-jacent, on a affaire à une plaie très peu profonde ; un simple surjet au catgut n° 1 suffira à en maintenir les lèvres affrontées.

(Nous avons vu déjà que bon nombre d'accoucheurs, MM. le professeur Pinard, Champetier de Ribes, Ribemont-Dessaignes..... se contentent, dans les déchirures très légères, de fermer la plaie, à l'aide de quelques serre-fines.)

La femme étant placée comme il est dit plus haut, toutes les mesures antiseptiques prises :

Premier point de suture indifféremment au niveau de l'un ou l'autre des angles de la déchirure : soit au niveau de l'angle vaginal. On pique l'aiguille à trois ou quatre millimètres du bord de la plaie, puis on la fait cheminer sous toute la surface de celle-ci et ressortir en un point symétrique sur l'autre bord de la plaie.

On réunit alors le chef principal du fil à l'extrémité de l'aiguillée de catgut, au moyen d'un premier nœud, assez serré pour bien affronter les lèvres de la plaie, pas assez toutefois pour pouvoir sectionner les tissus ; deux autres nœuds superposés assureront la solidité de la ligature. Le

second chef du fil, désormais inutile, est réséqué à un demi-centimètre environ de son point d'union avec le chef principal.

On continue les sutures, on fait une série de points, distants chacun de cinq à six millimètres, absolument identiques au premier, à cette différence près toutefois, qu'on ne les arrête pas par une ligature. Chaque fois qu'on retire l'aiguille des tissus, on tire modérément sur le fil, de manière à bien mettre en contact les lèvres de la plaie, et on confie à un aide le soin de maintenir ce fil tendu, pendant qu'on fait un autre point de la suture continue.

Lorsqu'on a affronté les bords de la déchirure dans toute son étendue, qu'on est arrivé à l'angle de la plaie, opposé à celui au niveau duquel on avait commencé, dans le cas actuel à l'angle périnéal, il ne reste plus qu'à arrêter la suture. Pour y arriver, on peut, ou bien nouer l'extrémité du fil au dernier point du surjet, suffisamment étiré pour qu'on ait une anse assez longue ; ou bien encore attirer le fil dans le chas de l'aiguille, assez pour que l'extrémité terminale se trouve engagée double dans la dernière piqure, c'est à cette anse que l'extrémité du fil est nouée (Pozzi) (1).

B. — Périnéorrhaphie pratiquée dans le cas de déchirures moyennes du périnée. — On a affaire dans ce cas à une plaie, dont les deux lambeaux de surface triangulaire, plus ou moins écartés d'ailleurs par suite de la rétraction du muscle, présentent deux de leurs côtés, le côté vaginal et le côté périnéal absolument indépendants, et n'ont de commun que le côté correspondant à la partie profonde de la déchirure. Le tissu musculaire étant toujours plus ou

(1) Pozzi, *Traité de gynécologie*.

moins intéressé, il ne faudra plus penser aux serrefines ; un seul plan de points de suture ne suffira pas non plus à effectuer un affrontement complet des lèvres de la déchirure ; il sera indispensable de procéder méthodiquement, de rapprocher d'abord les tissus profonds avant de réunir les parties superficielles.

On y parviendra au moyen d'un surjet au catgut, disposé sur plusieurs plans, étagés de la profondeur vers la périphérie ; l'ensemble de ces sutures sera consolidé à l'aide d'un point isolé, au crin de Florence ou au fil d'argent, qu'on appliquera au niveau de la fourchette, assez profondément pour pouvoir circonscrire totalement la plaie.

Le fil de soutien est d'abord mis en place, comme on sait, au niveau de l'anneau hyménéal. En ce point, on fait pénétrer l'aiguille à un bon centimètre, ou même à un centimètre et demi du bord libre de la plaie, on l'enfonce profondément en ayant soin toutefois de ne pas atteindre le rectum, et on la fait sortir en un point symétrique de son point d'entrée. Sur chacune des deux extrémités du crin de Florence ou du fil d'argent, qu'on se réserve de lier plus tard, on jette une pince à forcipressure et on n'a plus à s'en occuper que tout à la fin de l'opération.

On procède ensuite à la coaptation aussi exacte que possible des tissus, au moyen d'une suture continue à étages superposés.

On peut comme dans le cas précédent commencer cette suture par l'un ou l'autre des angles de la plaie ; il paraît plus avantageux toutefois, pour la commodité de la ligature, de commencer par l'angle postérieur.

Au niveau de cet angle, on pratique un premier point de

suture, en tous points semblable au 1^{er} point du surjet simple, appliqué dans le cas de déchirure limitée à la fourchette, autrement dit on pique l'aiguille à 4 ou 5 millimètres du bord libre de la plaie, puis on la fait cheminer sous toute la surface de celle-ci, et ressortir en un point symétrique sur l'autre bord ; enfin on réunit par une ligature les deux chefs du fil. Au lieu de réséquer comme précédemment le second chef du catgut, on lui conserve une longueur de 6 ou 7 centimètres, suffisante pour pouvoir, à la fin de l'opération, le lier à l'extrémité du chef principal, ramené lui-même à son point de départ. Ce premier point terminé, on continue le surjet ; mais comme c'est l'étage profond de ce surjet qu'on veut pratiquer tout d'abord, au lieu d'enfoncer l'aiguille en dehors de la plaie, sur les tissus sains, on la pique sur la surface même de section, à 1/2 centimètre environ de l'angle profond, formé par la réunion des deux lambeaux de la plaie, on la fait cheminer sous cet angle et sortir en un point symétrique de son point d'entrée, et ainsi de suite jusqu'à ce que, par une série de points continus, sans ligature, espacés chacun de 4 ou 5 millimètres, on arrive à l'angle antérieur ou vaginal de la déchirure. On a ainsi, par un premier étage de la suture continue, affronté les parties les plus profondes de la plaie et pratiqué une rigole plus superficielle que celle qui existait tout d'abord.

Si malgré ce premier plan de sutures, les tissus ne sont pas encore suffisamment rapprochés pour qu'on puisse passer à la réunion superficielle des bords de la déchirure, on continuera le surjet, et on fera un second étage de la façon que nous venons de voir, en allant cette fois de l'an-

gle vaginal vers l'angle périnéal. De cet angle enfin on fera, si besoin est, un troisième plan allant rejoindre l'angle vaginal de la plaie.

Tous ces étages superposés se pratiquent, comme on voit, avec la même aiguillée de catgut, et ne nécessitent aucune ligature.

Tous les tissus profonds bien affrontés, il ne reste plus qu'à réunir les téguments, au moyen d'une dernière rangée de sutures, partant de l'angle antérieur de la déchirure, amenant en contact les bords de la muqueuse vaginale, de la peau du périnée, puis finalement venant se terminer au point d'origine de la suture continue, c'est-à-dire à l'angle postérieur de la plaie.

Là l'extrémité de l'aiguillée de catgut est liée par un triple nœud avec le second chef du fil, conservé assez long dans ce but.

On termine l'opération par la ligature solide du fil profond, placé, comme il a été dit au début, au niveau de l'anneau hyménéal.

C. — Périnéorrhaphie pratiquée dans le cas de déchirures complètes. — Comme précédemment, on a affaire à une plaie, dont les deux lambeaux offrent une surface de section de forme triangulaire ; mais ces deux lambeaux, au lieu de présenter tout un côté commun, ont leurs trois côtés : vaginal, périnéal et ano-rectal, absolument indépendants ; ils ne se rejoignent qu'en un point, qui correspond au sommet de l'angle, formé par la partie la plus reculée de la déchirure de la cloison recto-vaginale.

Dans le cas de déchirure incomplète, l'accoucheur n'avait qu'une tâche à remplir : rendre au périnée la plus grande partie de sa résistance et de sa souplesse ; dans le

cas actuel, il en a de plus une seconde : il lui faut rétablir les fonctions de l'anús et surtout de son sphincter.

La femme étant placée dans la position de la taille, la vessie et le rectum vidés (on a de plus administré, quelque temps avant l'opération, une dose d'opium à la femme), la plus rigoureuse antisepsie de la région, surtout de l'anús et du rectum pratiquée :

a) On met en place les fils de soutien sans les lier toutefois ; on se contente de jeter une pince à forcipressure sur chacune de leurs extrémités. Ces fils (crins de Florence ou fils d'argent) doivent être au nombre de trois au moins :

Le 1^{er}, appliqué au niveau de la fourchette, a surtout pour but de lutter contre la force de rétraction des fibres du muscle releveur de l'anús sectionné.

Le 2^e est enfoncé profondément au niveau de la partie moyenne du périnée.

Le 3^e, placé un peu en avant de l'orifice anal, doit plonger dans les deux segments du sphincter de l'anús, qu'il est destiné à maintenir en contact.

b) On procède ensuite à la partie la plus minutieuse de l'opération. Elle consiste à obtenir, au moyen d'un surjet au catgut, à points très rapprochés, disposé sur autant de plans qu'il sera nécessaire, la coaptation, aussi exacte que possible, des parois déchirées de la cloison recto-vaginale, du rectum, de l'anús et surtout du sphincter dans la totalité de son épaisseur. L'opération sera facilitée par l'emploi d'une valve, maintenue au niveau de la paroi antérieure du vagin, et qui ainsi appliquée mettra bien les tissus en relief.

c) Grâce à cette première suture la déchirure complète est

transformée en une déchirure moyenne, en une déchirure incomplète ; on la traitera comme il a été dit plus haut : affrontement de tissus profonds au moyen d'une suture continue à plusieurs étages superposés et enfin réunion superficielle vaginale, d'abord, puis périnéale à l'aide d'un dernier plan de la suture.

d) On termine par la ligature des fils de soutien.

La femme, après l'opération, doit être maintenue, pendant les huit premiers jours, dans un état de constipation aussi complet que possible ; au bout de ce temps, on lui administrera une purgation assez énergique, pour amollir les matières et empêcher le passage d'un bol fécal trop volumineux.

On la sondera chaque 8 heures, de façon à éviter la souillure du pansement.

Elle devra garder le repos absolu au lit pendant deux ou trois semaines.

Le pansement et les autres soins seront ceux que nous allons décrire pour toutes les déchirures en général.

Nota. — Pour ce qui est des plaies de la vulve : déchirures des petites et des grandes lèvres, ou des lésions du clitoris et de l'urèthre, ces plaies sont le plus souvent superficielles, et quelques serrefines suffiront à les rapprocher dans la majorité des cas.

Pour peu qu'elles soient étendues ou profondes, ou encore qu'elles donnent lieu à un écoulement de sang abondant, il ne faudra pas hésiter à intervenir, et à pratiquer une suture en surget, en procédant de la façon décrite précédemment.

6° SOINS CONSÉCUTIFS. — L'opération terminée, on affronte, au moyen d'une sonde cannelée, les deux lèvres de la

déchirure, de façon à en obtenir la coaptation aussi complète que possible.

Puis on procède au lavage de la plaie et des parties voisines avec une solution de sublimé au $\frac{1}{2000}$ ou de biiodure de mercure au $\frac{1}{4000}$ (Pinard); après quoi on retire le tampon vaginal.

Les parties suturées sont touchées avec de la liqueur de Van Swieten pure, saupoudrées d'iodoforme et recouvertes de gaze iodoformée. A moins d'une prolongation de la déchirure dans le vagin, il est préférable de ne pas y introduire de gaze : ce qui pourrait avoir pour effet d'écarter les lèvres de la plaie et d'en retarder la consolidation.

Le tout est recouvert d'une lame épaisse et large d'ouate hydrophile stérilisée, ou d'ouate salicylée, qu'on maintient appliquée sur le périnée, au moyen d'une compresse en sautoir, fixée en avant et en arrière au bandage de corps.

L'opérée est ensuite replacée ou reportée dans son lit avec tous les ménagements possibles. Pour éviter que, par suite de mouvements intempestifs, elle ne vienne à exercer des tractions sur les lèvres de la plaie qu'on vient de suture, on lui maintient les cuisses rapprochées, à l'aide d'une serviette fixée au-dessus des genoux. Inutile de dire que si la malade présentait quelque gêne de la miction, il faudrait la sonder 2 ou 3 fois par jour.

Le pansement doit être renouvelé matin et soir et de plus chaque fois que la malade va à la garde-robe ; cela jusqu'au moment de la guérison complète.

A chaque pansement, il est utile de surveiller la plaie, de s'assurer si elle a bon aspect, s'il n'y a pas de gonfle-

ment ; de demander à la malade si elle n'éprouve pas de douleur. Le thermomètre, d'ailleurs, qui matin et soir sera placé dans l'aisselle, sera le guide le plus sûr de la marche des événements ; tant que la température ne dépassera pas $37^{\circ} 1/2$ on pourra être tranquille ; si elle atteint et dépasse 38° , il faudra craindre des complications, et surveiller le périnée.

Dans les cas de déchirures légères ou moyennes, la malade gardera le lit une dizaine de jours ; s'il s'agit d'une déchirure complète, 2 ou 3 semaines.

En général les catguts sont résorbés le 8^e ou le 9^e jour ; on n'a pas d'ailleurs à s'en occuper. Vers cette époque, s'il n'y a rien d'anormal, la consolidation des lèvres de la déchirure est suffisante, et presque toujours on peut le 9^e ou le 10^e jour sectionner et retirer le crin de Florence, placé à la fourchette.

Si on avait affaire à une déchirure complète, il serait bon d'attendre la fin de la deuxième semaine pour enlever les fils de soutien.

Complications.

Bien que fort bénigne dans la grande majorité des cas, et presque toujours suivie de succès, la périnéorrhaphie, pratiquée après la délivrance, ne laisse pas de donner lieu de temps à autre à quelques déceptions.

A. Dans certains cas assez rares, il est vrai, malgré la plus grande dextérité de l'opérateur et l'antisepsie la plus rigoureuse, la réunion des lèvres de la plaie ne s'effectue pas.

Ce fait à notre avis peut tenir à trois causes :

1° Soit au mauvais état général de la malade (albuminurique, éclamptique) ;

2° Soit à l'époque trop tardive à laquelle on a opéré, les tissus mis en contact ayant perdu en grande partie leur vitalité (nous avons dit que la limite extrême pour pratiquer la périnéorrhaphie, et pouvoir compter sur une réunion par première intention, était dix à douze heures au plus après l'accouchement ;

3° Soit enfin à la ténuité exagérée des fils qui ont coupé les tissus, ou bien encore, comme nous l'avons relaté dans deux de nos observations (obs. IV et obs. VII), à leur mauvaise qualité, ces fils (au catgut) ayant été résorbés avant que les lèvres de la plaie n'aient eu le temps de se réunir assez solidement.

La conduite à tenir, en pareil cas, nous semble tout indiquée. Si l'état de l'accouchée est satisfaisant, si elle ne

présente pas de symptômes fébriles, sitôt qu'on sera bien assuré que les lèvres de la plaie n'ont nullement l'apparence de vouloir se réunir, qu'elles paraissent cicatriser isolément, on les avivera dans toute leur étendue et on les suturera tout comme on l'avait fait dès le début. Rarement on aura un second insuccès.

B. La non réunion d'une déchirure périnéale suturée, lorsqu'elle ne s'accompagne d'aucun accident inflammatoire, d'aucune réaction fébrile, est en somme un échec qui d'ordinaire ne porte pas énormément à conséquences, puisqu'au bout de quelques jours, il est permis de tenter à nouveau et d'espérer la réunion des lèvres de la plaie. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi ; il arrive que, soit par suite d'un défaut d'antisepsie, soit par le fait d'avoir voulu tenter de réunir les lèvres de la déchirure, sans avoir pris le soin de les déterger au préalable de tous les tissus mortifiés, il arrive que le lendemain ou quelques jours après l'opération, la malade se plaint d'une sensation de pesanteur ou de constriction au niveau du périnée, de quelques tiraillements. Le thermomètre marque le soir 38°, 38°,2.

Examine-t-on la plaie ; on trouve un peu de gonflement avec de la rougeur, quelquefois une petite traînée grisâtre pseudo-membraneuse, au niveau de la ligne de réunion des lèvres de la déchirure.

Une femme, qui présente ces symptômes, doit être surveillée de très près. Les pansements doivent être fréquemment renouvelés, et exigent les précautions antiseptiques les plus minutieuses ; la température doit être prise plusieurs fois dans les 24 heures. S'il existe des plaques d'ap-

parence pseudo-membraneuse, on les touchera matin et soir avec de la teinture d'iode (Tarnier). Si, malgré ces précautions, les symptômes inflammatoires ne disparaissent pas, s'il y a menace de suppuration, il ne faudra pas hésiter un seul instant à sectionner les fils à sutures, à écarter les lèvres de la plaie, de façon à la transformer en plaie largement ouverte, et à la pouvoir traiter comme telle (lavages à la liqueur de Van Swieten pure, iodoforme).

L'alcool à haute dose, le café, le quinine seront réservés pour les cas exceptionnels où l'opérée viendrait à présenter des symptômes d'infection grave.

Malgré les accidents que nous venons d'énumérer et auxquels elle peut donner naissance, accidents qui, hâtons-nous de le dire, sont exceptionnels et tiennent à un défaut d'antisepsie, la périnéorrhaphie immédiate n'en reste pas moins une opération très bénigne et très avantageuse. Les statistiques qui suivent en sont une preuve palpable.

Résultats fournis par les statistiques.

Pendant le cours des années 1890 et 1891, il a été pratiqué dans le service de M. Champetier de Ribes, à la Maternité de l'hôpital Tenon, 71 périnéorrhaphies, pour des déchirures légères ou moyennes, aucune de ces déchirures n'ayant atteint le canal de l'anus.

Toutes les femmes ont été opérées moins de 8 ou 10 heures après l'accouchement ; presque toutes dans les 2 heures qui ont suivi la délivrance.

De ces 71 femmes :

51 ont eu le périnée complètement restauré ;

11 n'ont présenté qu'une réunion incomplète ;

9 n'ont pas, ou peu bénéficié de la périnéorrhaphie ;

8 seulement ont présenté des symptômes fébriles ;

6 d'entre ces dernières ont atteint et n'ont guère dépassé 38° de température.

1 a atteint 39°,2, mais cette élévation de température n'a duré qu'un jour (le 3^e après l'opération). L'opérée a d'ailleurs, comme les précédentes, fort bien guéri.

La dernière est arrivée à 40° de température et est morte le 14^e jour. Hâtons-nous de dire que cette femme, dont nous relatons l'observation ci-après (obs. IX), était une femme albuminurique et éclamptique, qui avait été examinée avant son entrée à l'hôpital et avait présenté, après l'accouchement, de nombreuses eschares dans toute l'étendue de la paroi vaginale. Les accidents infectieux qu'elle a

manifestés ne sauraient donc être mis sur le compte de quelques points de suture pratiqués au niveau de son périnée.

Il n'y a pas eu dans le service de M. Champetier de Ribes, comme nous l'avons dit déjà, de déchirures complètes du périnée, et par suite on n'y a pu expérimenter les résultats de la périnéorrhaphie immédiate dans ce cas.

Dans le service de M. le professeur Pinard, à la clinique Baudelocque, sur 29 cas de périnéorrhaphie immédiate, dont deux pour des déchirures ayant intéressé fort avant le sphincter, nous avons noté 21 succès complets, et trois demi-succès. Pas un cas de morbidité sérieuse.

M. Ribemont-Dessaignes a bien voulu nous communiquer les résultats de trois cas de déchirures complètes, pour lesquels il a pratiqué la périnéorrhaphie dans les quelques heures qui ont suivi l'accouchement : deux fois, il a obtenu une restauration complète du périnée ; dans le dernier cas, seule la partie antérieure de la plaie périnéale ne s'est pas réunie, mais le sphincter et le canal de l'anus ont été restaurés, et la malade n'a conservé ni incontinence de matières, ni fistule recto-vaginale.

M. Bar a pratiqué une seule fois la périnéorrhaphie dans les mêmes conditions que précédemment et a eu un succès complet.

De ces résultats, on peut se convaincre que la périnéorrhaphie, pratiquée dans les quelques heures qui suivent la délivrance, est une opération excessivement bénigne, et qui dans la grande majorité des cas est suivie de succès.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Recueillie dans le service de M. CHAMPETIER DE RIBES).

— *Périnéorrhaphie pratiquée une demi-heure après l'accouchement dans un cas de déchirure importante du périnée. Pas de fièvre, succès complet.*

Le 19 février 1890, à 5 heures du matin, entre à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Champetier de Ribes, la nommée Jéo.... 20 ans, journalière.

C'est une primipare. Bonne constitution.

Règles apparues pour la première fois à 15 ans $1/2$. Toujours régulières et abondantes.

Quelques pertes blanches dans l'intervalle.

A vu du 25-30 avril 1889 pour la dernière fois. — A terme.

Accidents de sa grossesse insignifiants.

Premières douleurs survenues à 1 heure $1/2$ du matin le 19.

A son arrivée à 5 heures du matin la malade est sur le point d'accoucher.

Au palper. — Sommet excessivement engagé en O. I. G. A.

Auscultation. — Bruits du cœur, bons.

Toucher. — Dilatation complète, tête à la vulve.

Contractions utérines excessivement énergiques.

Expulsion spontanée du fœtus à 5 heures $1/2$ du matin.

Durée totale du travail : 4 heures.

L'enfant est un garçon pesant 3.270 grammes. Diam. bip. 9 $1/4$.

Diam. S. O. B. 9 $1/2$.

La délivrance a lieu spontanément 10 minutes après l'accouchement.

Le périnée examiné immédiatement présente une déchirure profonde, de 3 bons centimètres $1/2$ de longueur, à bords légèrement déchiquetés, et ayant empiété assez longuement sur le vagin.

Excision aux ciseaux courbes des débris de tissus, aussitôt après la délivrance.

Suture au catgut : 1 fil vaginal, 4 au niveau du périnée.

Un crin de Florence à la fourchette.

Pansement iodoformé :

Pas de fièvre, le lendemain 37, 8. On examine la plaie périnéale qui a excellente apparence, la malade a bon appétit.

Les jours suivants pas trace de fièvre.

Le 9^e jour on excise le crin de Florence. La réunion est complète.

La malade quitte l'hôpital le 10^e jour.

OBSERVATION II (Recueillie dans le service de M. CHAMPETIER). —

Un cas de déchirure vagino-périnéale profonde, opérée par M. Dufournier, interne du service, trois quarts d'heure après l'accouchement. Succès complet.

Le 1^{er} mars 1890, à midi, entre à la Maternité de l'hôpital Tenon, la nommée Bud..., âgée de 15 ans 1/2, couronnière.

C'est une primipare.

Elle s'est toujours bien portée, sauf qu'elle a eu la fièvre typhoïde à l'âge de 13 ans.

Réglée pour la première fois à 13 ans 1/2. A toujours vu régulièrement.

Dernières règles du 22 au 26 juin 1889.

Grossesse arrivée à son terme.

Les douleurs ont débuté le 1^{er} mars au matin.

Au palper on trouve une présentation du sommet bien engagé en O. I. D. P.

Les bruits du cœur du fœtus sont bons.

Au toucher, on trouve un col presque complètement effacé, l'orifice interne est entr'ouvert.

Les douleurs, jusqu'alors assez faibles, augmentent dans la nuit du 2-3 mars.

Rupture spontanée des membranes à 10 heures 1/2 du matin le 3.

Dilatation complète à 11 heures.

Accouchement spontané à 1 heure après-midi.

L'enfant est un garçon ; poids : 4.150 grammes. Diam. bip. 9 1/4. Diam. S. O. B. 9 1/2.

Délivrance naturelle une demi-heure après. Placenta et membranes intacts.

Le périnée, examiné après la délivrance, présente une déchirure profonde intéressant tous les tissus, presque jusqu'au sphincter anal, obliquement dirigée en arrière et à droite, et ayant empiété sur le vagin dans une longueur de 1 bon centimètre $1/2$.

Périnéorrhaphie pratiquée par M. Dufournier $3/4$ d'heure après l'accouchement. Il place au niveau de la déchirure vaginale un point de suture profond au catgut. Deux autres points de suture également au catgut au niveau du périnée. Enfin il maintient le tout au moyen de 2 crins de Florence profondément enfoncés, l'un au niveau des caroncules, l'autre à un centimètre et demi en arrière de la fourchette.

Pansement iodoformé. Pas traces de fièvre le soir, ni les jours suivants.

Le 9^e jour les crins sont retirés. Les lambeaux se sont bien réunis.

Le 10^e jour la malade quitte l'hôpital avec un périnée complètement restauré.

OBSERVATION III (Personnelle). — *Périnéorrhaphie pratiquée dans un cas de déchirure peu importante, $3/4$ d'heure après l'accouchement. — Restauration complète du périnée.*

La nommée Bas.... 34 ans, couronnière, entre à la Maternité de l'hôpital Tenon, le 11 mars 1890, à 10 heures du matin.

C'est une femme de constitution débile.

Primipare.

Réglée à 14 ans, a toujours vu bien régulièrement.

Elle ignore la date exacte de ses dernières règles.

Elle a des douleurs depuis le matin à son réveil.

Au palper. — On trouve sommet bien engagé en O. I. G. A.

Auscultation. — Bruits du cœur fœtal normaux.

Toucher. — Col presque effacé, entr'ouvert.

D'après le volume de l'utérus la grossesse paraît remonter à 7 mois.

La rupture des membranes a lieu spontanément le 11 à 6 heures du soir.

La dilatation du col est complète à 6 heures 1/4.

Expulsion spontanée du fœtus à 6 heures 1/2, sans qu'on ait eu le temps d'arriver pour empêcher la sortie brusque de la tête.

C'est un garçon de 1900 grammes.

Diam. bipariétal, 7, 4. Diam. sous-occ. breg. 7, 2.

Délivrance spontanée et complète un quart d'heure après l'accouchement.

Déchirure du périnée assez peu profonde.

Un centimètre 1/2 à droite de la colonne postérieure du vagin.

Un centimètre au niveau et en arrière de la fourchette.

La suture est faite immédiatement après la délivrance, moins d'une demi-heure après l'accouchement.

Un point de suture au catgut au niveau du vagin.

Id. au périnée.

Un crin de Florence assez profond au niveau de la fourchette.

Pansement iodoformé. Jamais de fièvre.

On enlève le crin de Florence le 9^e jour. Le 10^e la malade sort avec un périnée sans traces de déchirure.

OBSERVATION IV (Personnelle). — *Grossesse gémellaire. — Inertie utérine. — Application de forceps. — Déchirures multiples du périnée. — Périnéorrhaphie 2 heures après l'accouchement. — Succès incomplet.*

Le 4 avril 1890, à 4 heures 1/2 du soir, entre à l'hôpital Tenon, salle Baudelocque, la nommée He..., 30 ans, corsetière.

Primipare. Réglée depuis l'âge de 14 ans, règles abondantes.

Dernières règles : fin juin ; grossesse à terme.

Premières douleurs le 4 avril à 2 heures du soir.

Palper. — Grossesse gémellaire, un sommet engagé en O. I. D. P.

Auscultation. — 2 foyers d'auscultation, bruits du cœur bons.

Toucher. — Le col est à demi effacé, légèrement entr'ouvert.

Dilatation complète du col à 7 heures 1/4 du matin le 5 avril.

Les contractions utérines sont faibles et rares.

A 11 heures, le travail n'avançant pas, on fait une application de forceps, et extrait un garçon : Poids : 3180. Diam. bip. 10. Diam. S. O. B. 9 1/2.

A midi 1/4, expulsion spontanée du second fœtus, qui naît aussi par le sommet; c'est aussi un garçon : Poids : 2.500. Diam. bip. 8. 3/4; Diam. S. O. B. 9.

Les deux enfants sont vivants.

L'expulsion du placenta et des membranes a lieu spontanément et totalement 1/4 d'heure après le dernier accouchement.

Immédiatement M. Champetier pratique la périnéorrhaphie.

Première déchirure : Profonde, au niveau du périnée qui est déchiré presque jusqu'à l'anus, empiétant sur le vagin dans une longueur d'au moins 4 centimètres. 3 catguts profonds et 4 plus superficiels sont appliqués par M. Champetier de Ribes, ainsi qu'un crin de Florence au niveau des caroncules.

Succès complet. On enlève le crin le 8^e jour.

Deuxième déchirure : Au niveau du tiers inférieur de la petite lèvre gauche qui est presque séparée en deux fragments.

Deux points de suture au catgut. Pendant les 3 premiers jours la plaie a la meilleure apparence et paraît se cicatriser.

Le 4^e jour, les catguts cèdent et les lèvres de la plaie en voie de guérison s'écartent. Les deux lambeaux se cicatrisent isolément.

OBSERVATION V (Personnelle). — *Déchirure profonde du périnée. Surjet profond et superficiel au catgut. Un crin de Florence à la fourchette. Fièvre légère les 3 premiers jours. Réunion complète.*

La femme Lax... entre salle Baudelocque, le 7 février 1891 à 11 heures du matin.

C'est une primipare, 27 ans, couturière.

Réglée à 17 ans, toujours bien réglée.

Dernières règles 4-7 avril 1890, par suite à terme.

Pendant le cours de sa grossesse a eu des céphalées fréquentes de l'œdème des paupières et des membres inférieurs, de l'albumine

dans les urines et 3 attaques d'éclampsie en ville, au 7^e mois de sa grossesse.

A son entrée la femme Lax... n'a pas encore de véritables douleurs, mais on la conserve à cause de la présence d'albumine dans ses urines.

Palper. — Sommet bien engagé en O. I. D. P. (Bassin normal).

Auscultation. — Bruits du cœur du fœtus bons.

Toucher. — Col fermé, encore long, œdématié.

Le 11 février à 7 heures du matin cette femme entre en douleurs.

Rupture des membranes à 9 heures $\frac{1}{4}$ du matin le 12.

Dilatation complète à 9 heures $\frac{1}{2}$.

Accouchement spontané à 10 heures.

Délivrance naturelle à 10 heures 20, membranes déchirées.

Le fœtus est un garçon, 3.300 grammes. Diam. bip. 9. Diam. S. O. B., 9,4.

Le périnée présente une déchirure assez profonde qui se termine à l'entrée du vagin, mais se continue du côté du périnée sur une longueur de deux bons centimètres.

Surjet au catgut : un premier plan profond, un second plan superficiel (1 heure $\frac{1}{2}$ environ après accouchement).

Crin de Florence à la fourchette.

La malade présente 38, 2 de température le soir du 2^e jour ; 38, le 3^e ; 37,5 le 4^e. Plus de fièvre à partir de ce moment. La plaie à bon aspect.

Le 11^e jour on retire le crin de Florence. Réunion parfaite.

OBSERVATION VI (Recueillie dans le service de M. CHAMPETIER). —

Périnéorrhaphie pratiquée dans un cas de légère déchirure du périnée. — *Badigeonnage et injection de solution de chlorhydrate de cocaïne au $\frac{1}{20}$.* — *Anesthésie complète.* — *Succès.*

Le 1^{er} mai 1891, entre à la Maternité de l'hôpital Tenon, la fille Pro....., 18 ans, relieuse.

Elle a déjà eu un enfant qui est né spontanément par le sommet.

Réglée à 13 ans, jamais bien réglée.

Dernières règles 13-16 juillet 1890.

A son arrivée, vers 6 heures du matin, elle dit avoir des douleurs depuis 4 heures du matin.

Palper. — Sommet bien engagé en O. I. G. A.

Auscultation. — Bruits du cœur fœtal bons.

Toucher. — Col presque effacé, entr'ouvert, comme 1 franc.

Dilatation complète à 7 heures du matin.

Rupture spontanée des membranes à 7 h. 50 du matin, le 1^{er}.

Accouchement spontané à 8 h. 9, matin.

En somme le travail n'a duré que 4 heures.

L'enfant est vivant. Fille 3.340 grammes.

Diam. bip. 9 1/4. Diam. S. O. B. 9 1/2.

Délivrance spontanée à 8 h. 20. Membranes incomplètes.

Injection intra-utérine qui les ramène.

Déchirure commençant au niveau de la fourchette, et se dirigeant franchement en arrière et à droite, peu profonde.

Le vagin n'est que fort peu endommagé.

Périnéorrhaphie 1/2 heure après l'accouchement.

Badigeonnage avec une solution de cocaïne au 1/20. Injection de 3/4 de seringue de Pravaz de cette même solution. Anesthésie complète. Quatre points de suture superficiels au catgut. Un crin à la fourchette.

Pansement à l'iodoforme. Pas traces de fièvre.

Réunion complète le 9^e jour.

OBSERVATION VII (Personnelle). — *Déchirure de la petite lèvre.* — *Surjet simple au catgut aussitôt après la délivrance.* — *Réunion incomplète.* — *Pas de fièvre.*

Le 29 mai 1891, entre dans le service de M. Champetier de Ribes, la nommée Pall. 30 ans, domestique.

Une fausse couche probable de 2 mois, à l'âge de 27 ans.

Réglée à 15 ans, a toujours vu irrégulièrement. Leucorrhée.

Dernières règles 5-13 août, à terme.

Vomissements très tenaces pendant les 4 premiers mois de sa grossesse.

Les douleurs ont débuté à 9 heures du matin le 29.

Rupture prématurée des membranes à 9 heures $\frac{3}{4}$ du matin.

Dilatation complète à 7 heures 20 du soir.

Accouchement spontané à 8 heures $\frac{1}{2}$ soir.

L'enfant naît par le siège. On avait en effet diagnostiqué à l'arrivée de la femme une présentation du siège, complète, en S. I. G. A.

Fille pesant 2760 gr. Diam. Bip., 9, 2. Diam. S. O. B., 8, 7.

On constate au niveau du $\frac{1}{3}$ inférieur de la petite lèvre gauche, une déchirure dirigée obliquement de bas en haut, d'arrière en avant et de dedans en dehors.

Cette déchirure a sectionné complètement la petite lèvre, et est venue se terminer vers la grande lèvre gauche, dont la face interne est elle-même éraillée.

On régularise avec des ciseaux les surfaces de section de la plaie.

Badigeonnage avec une solution de cocaïne au $\frac{1}{20}$. Résultats nuls.

Surjet avec un fil de catgut n° 1.

Réunion complète au niveau de la grande lèvre. Les bords de la petite lèvre cicatrisent séparément, par suite de la résorption prématurée des catguts.

Toute trace de plaie a disparu le 11^e jour après l'opération, lorsque la malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION VIII (Personnelle). — *Périnéorrhaphie pratiquée par M. le Dr CHAMPETIER DE RIBES, dans un cas de déchirure profonde du périnée, 1 h. $\frac{1}{2}$ après l'accouchement. — Chloroforme. — Succès complet. — Pas de fièvre.*

Le 8 avril 1891 à 6 heures du matin entre à la Maternité de l'hôpital Tenon, la nommée Schm..., 24 ans, cuisinière.

Primipare.

Réglée à 16 ans, irrégulièrement. Perd plusieurs fois le mois. Dernières règles, 10-14 juillet, à terme.

Les douleurs ont commencé à 3 heures du matin le 8.

A 6 heures du matin, à son arrivée, on l'examine.

Palper. — Sommet très engagé en O. I. G. A.

Auscultation. — Bruits du cœur bons.

Toucher. — Dilatation comme 5 francs.

Dilatation complète à 7 h. 40 du matin, le 11 ; expulsion spontanée à 8 heures moins 1/4.

Durée du travail 4 h. 3/4.

Délivrance spontanée et complète quelques minutes après l'accouchement.

Garçon vivant 3140 gr. — Diam. Bip., 9 1/4. — S. O. B., 9,2.

Le périnée examiné après l'accouchement apparaît largement entr'ouvert presque jusqu'au sphincter anal. Le vagin lui-même est profondément intéressé à droite de la colonne postérieure.

Périnéorrhaphie pratiquée par M. Champetier de Ribes, 1 h. 1/2 après l'accouchement.

Chloroforme administré par l'interne M. Rancurel.

Lavage avec une solution de sublimé au $\frac{4}{4000}$. Tous les débris de chair flottants sont soigneusement ébarbés.

Quatre fils de catgut n° 1 profonds.

Trois superficiels.

Un crin de Florence profond au niveau des caroncules.

Pansement iodoformé.

Pas de fièvre, réunion complète. Part le 11^e jour.

OBSERVATION IX (Recueillie par M. PROST, interne du service). —

Déchirure profonde du périnée chez une éclamptique, à la suite d'une application de forceps. — Périnéorrhaphie pratiquée par M. CHAMPETIER de RIBES, 2 heures après l'accouchement. — Insuccès.

La femme L..., 23 ans, couturière, entre à l'hôpital Tenon, salle Baudelocque, le 15 juin 1890 à 6 heures du soir ; elle est amenée sur un brancard, dans un état presque comateux.

C'est une primipare.

Réglée à 14 ans, a toujours vu très peu, mais régulièrement.

Dernières règles du 15 au 20 septembre, par suite presque à terme.

S'est toujours bien portée jusqu'au début de sa grossesse.

A été traitée à 14 ans pour un peu de chloro-anémie.

Durant sa grossesse, elle n'a pas eu de vomissements, mais s'est toujours plainte de céphalées, de bourdonnements d'oreilles.

Depuis le 1^{er} mois elle n'a cessé d'avoir les jambes enflées.

Le 15 septembre, jour de son entrée à l'hôpital, elle fut prise le matin d'une céphalalgie excessivement intense, de troubles visuels, de douleurs intenses à l'épigastre, finalement elle perdit connaissance.

A son arrivée à l'hôpital à 6 heures du soir, elle ne se souvient pas de ce qui s'est passé, elle est d'ailleurs dans un état de somnolence assez marqué.

Son mari qui l'accompagne dit qu'elle a eu dans la journée deux crises de nerfs, et que le médecin qui l'a examinée lui a donné 4 grammes de chloral.

Palper. — Sommet bien engagé en O. I. G. A.

Auscultation. — Bruits du cœur du fœtus normaux.

Toucher. — Col effacé, dilatation 0,50 centimes, bassin normal.

La malade présente un œdème sus-pubien et des membres inférieurs très accentué. Albumine à flots dans les urines. Rien au cœur. Contraction des pupilles. Morsures à la langue.

On lui donne de suite 4 grammes de chloral en lavement.

Les crises ne se reproduisent pas. L'état demi-comateux persiste.

A 9 heures du soir, coliques, dilatation du col comme 2 francs.

16 juin. — Le lendemain matin 16 juin, à 6 heures. Dilatation complète. Poche des eaux saillante.

La malade est très fatiguée à force de pousser, les bruits du cœur fœtal sont sourds et lents.

Rupture artificielle des membranes et forceps dans l'excavation à 6 heures 1/2 par M. Prost.

Il extrait un garçon vivant pesant 3180 grammes.

Diam. bipar.: 9. Diam. S. O. B.: 8,8.

Délivrance naturelle à 7 heures 1/4.

Placenta et membranes intacts.

Le périnée présente une déchirure profonde allant jusqu'au sphincter anal, et empiétant sur le vagin dans une longueur de 2 bons centimètres, à gauche de la colonne postérieure de ce dernier.

Eschares larges et nombreuses dans toute l'étendue du vagin jusqu'au col utérin.

M. Champetier de Ribes pratique la périnéorrhaphie, 2 heures environ après l'accouchement.

La malade est endormie au chloroforme.

Les lambeaux de tissu mortifiés sont sectionnés.

3 fils de catgut au niveau du vagin.

4 crins de Florence profonds au périnée.

Traitement local, pansement iodoformé,

» général, chloral, 4 grammes, lait.

17 juin. — La malade se trouve bien, a repris connaissance, 500 grammes d'urine. Peu d'albumine. Temp. 37,8.

Le 18. — *Id.*

Le 19. — Malgré l'absence de frissons et de céphalalgie, la température monte à 40°. Le poulx bat 115 pulsations.

OEdème de la grande lèvre gauche.

Les eschares vaginales ont un aspect grisâtre.

On retire immédiatement les points de suture. Les tissus étaient déjà réunis dans une grande partie de leur étendue.

Pas de douleurs abdominales ; les lochies n'ont aucune odeur.

Irrigation continue avec une solution d'eau boriquée à 1/400.

Badigeonnages 3 fois par jour des eschares avec une solution d'eau phéniquée à 5/100.

Todd. Champagne.

Le 20. — La malade n'a pas dormi, est un peu agitée.

39 degrés, poulx 118.

Douleur au niveau des fosses iliaques, exagérée par la pression.

Albumine plus abondante que la veille.

Glace sur le bas-ventre.

Irrigation continuée.

Lait. Rhum. Champagne.

Le 21. — La malade a un peu dormi.

L'état général est moins bon que la veille.

Urines épaisses et rares.

Les plaies du périnée et du vagin ont un aspect lardacé.

Températ. 39, pouls, 125.

Le 22. — *Id.*

Le 23. — Les douleurs abdominales diminuent, glace supprimée.

Les escharres conservent le même aspect lardacé, on les cautérise au chlorure de zinc à 10/100.

La malade a une toux sèche, fréquente, mais ne se trouve pas mal.

Irrigation continuée.

Températ. le soir 39,2. Pouls 110.

Le 24. — La malade n'a pas dormi.

Langue blanche. Yeux cernés. Pommettes rouges.

Températ. le matin, 39,6. Pouls 106, un peu mou.

Les escharres ont moins mauvais aspect.

On les cautérise à nouveau.

L'irrigation est continuée.

Une demi-bouteille de champagne. Rhum, 300. Café, 250.

Le 25. — L'état général est meilleur.

Même traitement, sauf suppression de l'irrigation.

La toux a presque disparu.

Le 26. — Agitation. Selles diarrhéiques abondantes et fétides.

Facies grippé, léger délire.

Les escharres se dépouillent de leur enduit lardacé, commencent à bourgeonner.

La douleur de la fosse iliaque gauche reparaît très intense.

Températ, soir 40. Pouls intermittent. Piqûres de caféine.

Le 27. — La malade a complètement perdu connaissance.

Tuméfaction du ventre, liquide dans l'abdomen.

Albumine en grande quantité dans les urines.

M. Reynier appelé en consultation, fait une incision au niveau de la fosse iliaque gauche, où on constate de la tuméfaction.

Pas de collection purulente dans le péritoine, mais salpingite purulente.

On remet au lendemain l'extirpation de la trompe.

Pansement iodoformé.

Le 28. — Pouls très faible, incomptable. Temp. 39,2.

Langue fuligineuse.

Facies péritonéal.

3 piqûres caféine. Champagne. Lait.

Le 29. — Mort.

Autopsie. — Adhérences et collections purulentes dans tous les tissus au pourtour de l'utérus.

L'utérus mesure encore 25 centim. de hauteur. Sa face interne est tapissée de fausses membranes analogues à celles qui recouvrent les déchirures du péritoine.

Examen histologique. — Nombreux streptocoques dans le liquide recueilli au niveau des eschares.

OBSERVATION X (Recueillie dans le service de M. CHAMPETIER). —

Légère déchirure du périnée. — Anesthésie incomplète obtenue au moyen de la cocaïne. — Surjet simple pratiqué 1/2 heure après l'accouchement. — Réunion par première intention.

Le 5 mai 1891, entre à 9 heures du matin la nommée In..., 24 ans, domestique.

Primipare, réglée à 13 ans, toujours bien réglée.

Dernières règles, du 18-20 août 1890. Grossesse apparente de 8 mois 1/2.

Cette femme accouche avant qu'on ait eu le temps de l'examiner.

L'enfant naît par le sommet à 9 h. 10 du matin le 5 mai.

La mère nous dit avoir éprouvé les premières douleurs à 6 heures du matin le 5.

Le travail par suite n'a duré que 3 heures.

L'enfant qui est vivant pèse 2730 grammes.

Diam. bipariétal : 9 centimètres. Diam. S. O. B. : 9 cm. 2.

Le périnée examiné après l'accouchement présente :

Une déchirure superficielle longue de 2 centimètres, située à gauche du raphé, venant se terminer au niveau de la fourchette qui elle-même est sectionnée à gauche de la ligne médiane. Suture 1/2 heure après l'accouchement.

Surjet simple au catgut n° 1, après badigeonnage préalable avec la solution de chlorhydrate de cocaïne au $\frac{1}{20}$, qui d'ailleurs ne donne pas grand résultat.

Pansement iodoformé.

La malade ne présente pas de traces de fièvre, ni le jour de l'opération, ni les jours suivants.

Le 9^e jour, les catguts ont complètement disparu, et c'est à peine si on perçoit une légère cicatrice au niveau de la déchirure.

Le 10 juin la malade quitte l'hôpital parfaitement rétablie.

OBSERVATION XI (Recueillie dans le service de M. CHAMPETIER). —

Déchirure cutanée chez une albuminurique. — Suture immédiate. — Succès.

La nommée Leb..., 47 ans, domestique, entre à la Maternité de Tenon, le 8 novembre 1894 à 9 heures du soir.

Primipare, réglée à 14 ans, a toujours été très mal réglée.

Dernières règles du 15-23 janvier, à terme.

A présenté de l'œdème des jambes et des paupières pendant sa grossesse.

A eu de fréquents maux de tête et des nausées.

Les douleurs ont commencé à 2 heures de l'après-midi le 8.

Examinée à son arrivée, cette femme présente :

Palper. — Sommet bien engagé en O. I. G. A.

Auscultation. — Bruits du cœur fœtal bons.

Toucher. — Col entr'ouvert comme 2 francs, très œdématié.

Urines présentant une quantité assez notable d'albumine.

A 10 h. 1/2 du soir, rupture spontanée des membranes, le 8.

A 2 heures du matin, le 9, dilatation complète.

Accouchement spontané à 3 heures du matin, le 9.

Au moment d'être expulsée, la tête demeure un certain temps appuyée sur le plancher périnéal.

Puis au moment d'une douleur la sage-femme de garde aperçoit une longue fissure cutanée située à gauche du raphé, commençant à 1/2 centimètre environ en arrière du bord libre de la fourchette qui est conservé, dirigée obliquement en arrière, en dehors et à gauche. Cette fissure qui d'ailleurs n'atteint que les téguments et s'arrête au niveau du tissu musculaire, a encore 4 heures après l'accouchement, moment où on la suture, 3 bons centimètres de longueur.

Surjet simple et superficiel au catgut.

La réunion s'effectue parfaitement, sauf vers la partie moyenne de la déchirure, où il reste une petite encoche, un fil à cet endroit ayant sectionné la peau.

Au moment de son départ, le 10^e jour après l'accouchement, l'albumine a complètement disparu, ainsi que l'œdème des jambes et des paupières.

OBSERVATION XII (Personnelle). — *Déchirure du périnée chez une primipare ayant accouché seule sur la voie publique. Deux plans de suture en surjet 1/2 heure après l'accouchement. — Succès.*

Le 19 janvier 1892, à 9 h. 25 du matin, entre salle Baudelocque, la nommée Arn..... Gabrielle, âgée de 22 ans, domestique.

C'est une primipare.

Date de ses dernières règles ignorée. Paraît à terme.

Premières douleurs le 18 janvier à 8 heures du soir.

Rupture des membranes à 4 heures du matin le 19, au dire de la malade.

Dilatation complète ?

Accouchement spontané à 9 heures 1/4 du matin le 19.

A son arrivée la femme n'est pas délivrée.

La délivrance se fait au bout d'une 1/2 heure.

L'enfant qui est vivant est un garçon. Poids : 2940 gr.

Diam. bip.: 8, cm. 5: Diam. S. O. B.: 9.

Au niveau du périnée on constate une déchirure ayant intéressé la fourchette et la partie la plus superficielle du tissu musculaire sous-jacent, située à 1/2 centimètre environ à gauche de la ligne médiane. Le vagin n'est pour ainsi dire pas intéressé.

Suture en surjet disposée sur 2 plans : l'un profond allant de la partie postérieure, à l'angle vaginal de la plaie ; l'autre superficiel, allant rejoindre le premier plan au niveau de son point de départ où a lieu la ligature.

Cette suture est pratiquée moins d'une 1/2 heure après l'accouchement.

Réunion absolument complète. La malade quitte l'hôpital le 9^e jour.

OBSERVATION XIII (Recueillie par M. RANCUREL, interne du service).

— *Application du ballon de M. CHAMPETIER DE RIBES. — Version podalique. — Déchirure du périnée. — Suture suivie de succès.*

La nommée Lic....., 49 ans, journalière, entre le 11 octobre 1891 à la Maternité de l'hôpital Tenon.

Elle n'a jamais eu d'enfants à terme, mais a fait une fausse couche de 3 mois l'année précédente.

Réglée à 15 ans, n'a jamais perdu régulièrement. Leucorrhée abondante.

A des douleurs depuis 3 heures du matin le 11.

A son arrivée, vers 9 heures du matin, elle présente :

Palper. — Face en M. I. G. A.

Auscultation. — Bruits du cœur bons.

Toucher. — Dilatation du col comme 5 francs.

Bassin rétréci. Diamètre P. S. P. : 10 cm. 1/2 sans déduction.

Introduction du ballon de M. Champetier à 10 heures du matin.

Expulsion du ballon à 11 heures 1/2.

Dilatation complète à la même heure.

Rupture artificielle des membranes à midi.

Version podalique par M. Rancurel.

L'enfant, mort en apparence, est ranimé au moyen de l'insufflateur Ribemont.

C'est un garçon pesant 2.840 gr. Diam. bip. 8.3/4. Diam. S. O. B. 9.

La délivrance spontanée a lieu immédiatement après l'accouchement.

Déchirure profonde du périnée produite par l'extraction rapide du fœtus dont les bruits du cœur étaient devenus sourds.

Cette déchirure est située directement sur la ligne médiane et empiète un peu sur la paroi vaginale à gauche de la colonne postérieure.

En arrière elle va presque jusqu'au sphincter.

Suture en surjet disposée sur 4 rangs superposés (aussitôt après l'accouchement).

Un crin de Florence à la fourchette.

Pas traces de fièvre. Réunion par 1^{re} intention. Section du crin de Florence le 10^e jour.

OBSERVATION XIV (Recueillie dans le service de M. CHAMPETIER DE RIBES). — *Déchirure du bulbe de l'urèthre à la suite d'application de forceps.*

Le 2 décembre 1891 à 6 heures du soir entre à la Maternité de l'hôpital Tenon la nommée Leb..., 26 ans, domestique.

Primipare.

Réglée à 14 ans, toujours bien.

Dernières règles 10-12 février 1890. A terme.

Douleurs vagues ayant commencé dans la journée du 2 décembre.

Entre franchement en travail le 5 décembre.

Le 5 à 11 heures 1/2 du matin elle présente :

Palper. — Sommet bien engagé en O. I. D. P.

Auscultation. — Bruits du cœur fœtal bons.

Toucher. — Col entr'ouvert comme 0,50 centimes.

Dilatation complète à 6 h. 30 du soir.

La rotation de la tête ne se fait pas par suite de l'insuffisance des contractions utérines.

A 9 heures du soir, forceps presque à la vulve par M. Rancurel.

L'enfant est une fille pesant 3930 grammes.

Diam. Bip.: 9,5. Diam. S. O. B.: 10.

Délivrance spontanée 1/4 d'heure après l'accouchement.

Au niveau de la vulve on constate :

Une déchirure à lèvres déchiquetées, au niveau du bulbe de l'urèthre ; de plus déchirures de varices vulvaires qui donnent lieu à une légère hémorrhagie.

2 pinces à forci-pressure laissées 1/4 d'heure en place.

Excision des débris flottants.

4 points de suture isolés au catgut.

La malade ne peut uriner seule, on pratique le catéthérisme pendant deux jours.

Le 8 juin, les solutions de continuité ont disparu.

La malade n'a pas présenté d'hyperthermie.

OBSERVATION XV (*Maternité de Tenon*). — *Déchirure de la fourchette.*
— *Surjet au catgut 1 heure 1/2 après l'accouchement.* — *Réunion complète.*

La nommée Gi..., 24 ans, journalière, entre le 9 décembre 1891 à 2 heures du soir à l'hôpital Tenon.

Primipare.

Fièvre typhoïde à 17 ans.

Réglée à 13 ans, a toujours été mal réglée.

Dernières règles 25-28 février. A terme.

Premières douleurs le 9 décembre à 8 heures 1/2 du matin.

A son entrée à 2 heures du soir on l'examine.

Cette femme-présente une cyphose dorso-lombaire assez peu accentuée.

Le bassin est très légèrement atteint.

Membranes rompues un peu avant l'arrivée.

Dilatation complète à 3 h. 30 du soir.

Accouchement spontané à 3 h. 45 par le sommet.

Fille : 2810 grammes. Diam. Bip.: 9. Diam. S. O. B.: 9,2.

Délivrance spontanée et complète quelques minutes après l'accouchement.

La femme Gi... présente une déchirure de la fourchette, située à gauche de la ligne médiane, 3 centimètres environ du côté du périnée, 2 du côté du vagin.

Surjet sur un seul plan 1 heure 1/2 après l'accouchement.

Pas de fièvre, réunion complète.

Quitte l'hôpital le 11^e jour.

OBSERVATION XVI (Personnelle). — *Déchirure à la suite d'une application de forceps. — Suture au catgut, 1 heure environ après l'accouchement. — Succès.*

Le 15 décembre 1891, entre salle Baudelocque, la nommée Lal....
23 ans, cuisinière.

Primipare.

Rougeole et coqueluche à l'âge de 8 ans.

Réglée à 16 ans, toujours bien régulièrement.

Dernières règles 12-16 mars, presque à terme.

A eu des vomissements très fréquents pendant les 5 premiers mois de sa grossesse.

Premières douleurs à 8 heures du soir le 26 décembre.

Rupture des membranes à 7 heures du matin le 27.

Dilatation complète à 9 heures 1/4 du matin.

Le travail n'avance pas.

Au toucher les sutures de la tête fœtale paraissent très larges, les os ne se correspondent pas, la tête est légèrement engagée.

Le sommet se présente en O. I. G. A.

A 3 heures 1/2 de l'après-midi, application de forceps dans l'excavation, qui permet d'extraire l'enfant.

Le fœtus est hydrocéphale, il présente de plus un spina bifida, il est vivant.

Poids 2745. Diam. bip., 9 1/2. Diam. S. O. B., 10 1/4.

La délivrance a lieu spontanément 10 minutes après l'accouchement.

On constate après l'accouchement, l'existence d'une déchirure du périnée, siégeant un peu à droite du raphé et s'étendant en arrière jusqu'à un centimètre à peine de l'orifice anal.

En haut, elle se continue avec une déchirure vaginale, siégeant du même côté et remontant jusqu'à 3 centimètres. A la surface de cette plaie très irrégulière, se trouvent de nombreux lambeaux de tissus meurtris.

On excise aux ciseaux courbes tous les débris de tissus, puis on fait un surjet au catgut, disposé sur deux plans, un profond et un superficiel. Un crin de Florence à la fourchette. Pansement iodoformé.

Réunion par première intention. La malade part le 40^e jour.

OBSERVATION XVII (Personnelle). — *Légère déchirure du clitoris, ayant donné lieu à un écoulement de sang assez abondant. — Périnéorraphie immédiate. — Arrêt de l'hémorrhagie. — Réunion complète.*

Le 22 décembre 1894, entre à la Maternité de l'hôpital Tenon, la nommée Cau..., 22 ans, blanchisseuse.

A déjà eu un enfant, né vivant au 8^e mois de la grossesse.

Réglée à 15 ans, perdait tous les mois pendant près de 10 jours.

Dernières règles 13-15 mars 1890. Grossesse à terme.

Cette femme se présente à 3 heures du matin le 22, se plaignant de douleurs depuis la veille au soir.

Au *palper* on trouve un sommet déjà bien engagé en O. I. D. P.

Auscultation. — Bruits du cœur fœtal bons.

Toucher. — Col effacé. Dilatation, 2 francs.

Rotation de la tête non faite.

Rupture des membranes à 3 heures 1/4 le 22.

Dilatation complète à 4 heures 1/2.

Accouchement spontané à 5 heures 10 minutes du matin.

L'enfant est une fille, vivante.

Poids 3160. Diam. bip.: 9, 2. Diam. S. O. B.: 9, 3.

Délivrance normale.

Il se produit après l'accouchement un écoulement de sang abondant que bientôt on reconnaît être dû à une déchirure siégeant au niveau du bord inférieur du clitoris.

Immédiatement suture en surjet à points très rapprochés.

Pansement à l'iodoforme. L'hémorrhagie s'arrête.

La plaie se réunit parfaitement, et la malade quitte l'hôpital complètement rétablie, le 11^e jour après son entrée.

OBSERVATION XVIII (Recueillie dans le service de clinique de M. le professeur PINARD). — *Déchirure du périnée suturée 2 heures après l'accouchement. — Succès complet. — Pas de fièvre.*

Le 28 novembre 1891 entre à la clinique Baudelocque, la nommée Sib..., journalière, 40 ans.

Réglée à 10 ans, toujours bien réglée.

A déjà eu trois enfants vivants et à terme, nés spontanément.

Dernières règles?

A eu des faiblesses fréquentes pendant la première moitié de sa grossesse.

Les premières douleurs ont commencé le 28 novembre à 11 heures du matin.

Ce même jour, au moment de son arrivée, à 2 heures de l'après-midi, cette femme examinée présente :

Au palper. — Sommet non encore engagé en O. I. D. T.

Auscultation. — Bruits du cœur fœtal bons.

Toucher. — Col à peu près effacé, entr'ouvert comme 2 francs.

Dilatation complète à 7 h. 25 du soir.

On trouve à ce moment au palper un sommet peu profondément engagé en O. I. D. P.

A 9 h. 40, le travail ne marchant pas, application de forceps dans l'excavation.

Extraction d'une fille vivante pesant 4030 grammes.

Diam. Bip.: 9,2. Diam. S. O. B.: 9,4.

La délivrance a lieu spontanée et complète 3/4 d'heure après l'accouchement.

On observe une déchirure du périnée allant du côté droit de la fourchette jusqu'à 3 centimètres de l'anus, et remontant à droite de la colonne postérieure du vagin à une hauteur de 2 centimètres environ.

Deux heures après l'accouchement, on fixe 2 crins de Florence au niveau du périnée ; 2 au niveau de la plaie vaginale. Pansement iodoformé.

Section des fils le 12^e jour. Guérison complète.

OBSERVATION XIX (Clinique Baudelocque). — Déchirure de la petite lèvre gauche. — Deux points de suture aux crins de Florence. — Réunion par première intention.

La nommée Ro..., 27 ans, blanchisseuse, entre le 21 septembre 1891 à 11 heures du soir à la clinique Baudelocque.

C'est une primipare.

Réglée à 15 ans, a toujours vu régulièrement.

Dernières règles 25-28 novembre 1890.

A perdu pendant les deux premiers mois de sa grossesse, un peu de sang au moment de ses époques.

Vomissements très fréquents pendant les deux premiers mois.

Cette femme examinée à son entrée : 11 heures soir le 21, présente :

Palper. — Sommet très profondément engagé en O. I. G. A.

Auscultation. — Bruits du cœur fœtal normaux.

Toucher. — Col encore long, orifice à peine entr'ouvert.

Dilatation complète à 4 heures 1/4 du matin le 12.

Rupture spontanée de la poche des eaux à 4 h. 25.

Expulsion spontanée à 5 h. 10 du matin.

Fille vivante. Poids, 3280 grammes. Diam. Bip.: 9. Diam. S. O. B.: 9,4.

Délivrance spontanée et complète à 5 heures 1/2 du matin.

On trouve à la partie supérieure de la petite lèvre gauche, une éraillure qui, en avant, se prolonge sur sa face interne presque jus-

qu'au clitoris, et se continue en arrière avec une déchirure hyménéale.

Deux crins de Florence, sitôt la délivrance faite.

Section de ces crins le 8^e jour. Réunion complète.

OBSERVATION XX (Recueillie dans le service de clinique de M. le professeur PINARD). — *Périnéorrhaphie immédiate pratiquée dans un cas de déchirure du périnée allant jusqu'au sphincter de l'anus exclusivement. — Guérison.*

Le 5 octobre 1891 entre à la clinique Baudelocque la nommée Ped., brunisseuse, 26 ans.

Réglée à 16 ans, n'a jamais été bien réglée.

Leucorrhée abondante à l'approche des règles.

1^{re} grossesse à l'âge de 24 ans.

Enfant vivant et à terme.

Dernières règles du 28 décembre 1890-3 janvier 1891.

Grossesse à peu près à terme.

A eu de violents maux de reins pendant les 3 derniers mois de sa grossesse.

Céphalées assez fréquentes. Jamais d'œdème malléolaire.

Premières douleurs le 5 octobre à 2 h. 1/2 du matin.

Examinée au moment de son arrivée à l'hôpital à 4 heures du matin le même jour ; on trouve :

Palper. — Sommet bien engagé en O. I. G. A.

Auscultation. — Bruits du cœur normaux.

Toucher. — Col presque complètement effacé, entr'ouvert comme 2 francs.

Rupture spontanée des membranes à 6 h. 40.

Dilatation complète à 7 heures du matin.

Expulsion à 7 h. 40.

Fille vivante, 3830 grammes.

Diam. Bip.: 9,4. Diam. S. O. B.: 9,5.

Délivrance spontanée et complète 35 minutes après l'accouchement.

On constate une déchirure profonde, à surface déchiquetée, siègeant à gauche du raphé et ayant intéressé tous les tissus jusqu'au sphincter de l'anus.

3/4 d'heure environ après l'accouchement : excision de tous les débris de la surface de la plaie.

4 points de suture perdus au catgut.

5 points superficiels aux crins de Florence.

Pansement iodoformé.

Le soir du second jour : 37,8.

Pas de fièvre les jours suivants.

Section des crins de Florence, le 12^e jour seulement.

Réunion parfaite.

CONCLUSIONS

1° Les déchirures du périnée sont par excellence un champ ouvert à l'infection : non seulement les grandes déchirures, mais les moindres fissures, qui sont d'autant plus dangereuses, qu'elles sont plus facilement méconnues.

2° Il est de la plus haute importance, d'examiner toujours scrupuleusement le périnée d'une femme nouvellement accouchée, d'y rechercher sans retard la moindre solution de continuité. Petites ou grandes, nous l'avons dit, les plaies périnéales constituent une porte d'entrée pour les germes septiques : cette porte d'entrée, il faut la clore dans le plus bref délai.

3° Le procédé de choix pour atteindre ce but consiste dans : « la périnéorrhaphie, pratiquée immédiatement après la délivrance (dans les quelques heures qui la suivent), et pour toutes les variétés de déchirures ».

4° La plaie bien détergée de tous les tissus dépourvus de vitalité : débris flottants, plaques de sphacèle, plaques grisâtres :

a) Si l'on a affaire à de légères déchirures, on se contentera de pratiquer un surjet superficiel au catgut, ou bien

encore quelques points de suture aux crins de Florence, qui suffiront amplement à fermer la plaie.

(Bon nombre d'accoucheurs, MM. Pinard, Champetier de Ribes, Ribemont., pour ne pas multiplier les interventions, trouvent suffisant, mais dans le cas où les téguments seuls sont endommagés, le tissu musculaire restant intact, trouvent suffisant d'appliquer deux ou trois serrefines).

b) S'il s'agit de déchirures importantes, ayant intéressé bien avant le plancher périnéal, une seule rangée de points de suture ne suffira plus, on affrontera et on maintiendra affrontés les tissus, au moyen d'un surjet au catgut, comprenant plusieurs plans successifs, étagés de la profondeur de la plaie, vers la superficie. Pour donner aux catguts moins de fatigue, on fixera au niveau de l'anneau hyménéal, soit un crin de Florence, soit un fil d'argent, qui sera profondément enfoncé et embrassera toute la plaie.

c) Dans le cas d'une déchirure complète, on affrontera d'abord les parois du rectum et de l'anus avec le plus grand soin, puis on opérera comme précédemment, à cette différence près qu'on portera à 3 le nombre des fils de soutien : un sera placé au niveau de l'anneau hyménéal ; un second au niveau du sphincter anal ; le dernier à la partie moyenne du périnée.

5° Quel que soit le cas auquel on pourra avoir affaire, la plus grande antisepsie sera de rigueur avant, pendant et après l'opération.

6° En procédant de la sorte, on aura toutes les chances possibles de supprimer une des grandes causes d'infection

chez les nouvelles accouchées : on en abaissera la morbidité et la mortalité.

On évitera de plus un grand nombre d'accidents plus ou moins éloignés : métrites, déviations et déformations utérines....., attribuables à l'accouchement.

Vu :
Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :
Le Président,
PINARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier, (Haute-Marne), 30, Passage Verdeau, Paris.
